Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie

Zur historischen Entwicklung klinisch-therapeutischer Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945 bis 1990

vorgelegt von

Volker Maihack

als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Philosophie (Dr. phil.)
in der
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
der Universität Dortmund

Dortmund
2001

Betreuer: Prof. Dr. G. Dupuis

Betreuer: Prof. Dr. F.-J. Stachowiak

Inhaltsverzeichnis

„...und alle Wissenschaft wäre überflüssig, wenn die Erscheinungsform und das Wesen der Dinge unmittelbar zusammenfielen.“

Karl Marx
(1975, 825)

1. Einleitung

1.1 Begründung des Forschungsinteresses

Die Liste der Diskriminierungen, die Sprachheilpädagogen[1] erlebt haben und zum Teil noch immer erleben, wenn sie außerhalb des Arbeitsbereiches Sprachheilschule tätig werden wollten oder wollen, ist lang: Keine Krankenkassenzulassungen, rückwirkende, existenzbedrohende Umsatz- und Gewerbesteuerforderungen, länderspezifisch eingeschränkte Arbeitsmöglichkeiten, reduzierte Akzeptanz bei einzelnen Arztgruppen, Aufforderungen Nachqualifikationen zu leisten, bis hin zur Androhung der strafrechtlichen Verfolgung bei Fortführung ihrer sprachtherapeutischen Tätigkeit durch einzelne Gesundheitsbehörden.

Solche Benachteiligungen erfährt eine Berufsgruppe, die seit rund einhundert Jahren in der Förderung und Therapie sprachbehinderter Menschen engagiert ist und der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld im Jahre 2001 ca. 3000 Menschen zugehören. Gemeinsam mit rund 1000 Studierenden an den Universitäten, die auf dieses Berufsfeld hin studieren, werden Diplompädagoginnen mit dem Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, Magister Artium mit gleichem Ausbildungsschwerpunkt sowie Sonderschullehrer mit erster studierter Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik und abgeschlossenem 2. Staatsexamen unter dem Oberbegriff ‚Sprachheilpädagogen’ zusammengefasst. Sie sind in Kliniken und stationären Rehabilitationseinrichtungen, in Frühförderstellen und geriatrischen Fachkrankenhäusern, in

[1] Aus stilistischen Gründen wird im Rahmen dieser Arbeit auf eine Doppelnennung von Personengruppen mit Genus-Differenzierung (z.B. ‚Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen’) weitgehend verzichtet. Die Verwendung der femininen oder der maskulinen Form schließt stets weibliche und männliche Personen ein.

freien sprachtherapeutischen Praxen, in Sprachheilambulanzen der Städte und Gemeinden sowie an weiteren, zum Teil hochspezialisierten medizinischen und rehabilitations- oder förderpädagogischen Einrichtungen und an Sonderschulen für Sprachbehinderte tätig. Die Sprachheilpädagogen bilden damit neben der Gruppe der Logopäden die größte sprachtherapeutische Behandlergruppe in Deutschland. Trotz (oder gerade wegen?) einer mindestens acht Semester dauernden Hochschulausbildung und trotz zweifelsfrei dokumentierter Kompetenzen im Bereich der Diagnostik, Therapie und Erforschung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen erleben Sprachheilpädagogen eine Summation an Problemen.

Das letzte Jahrzehnt war, unter einer subjektiven Betrachtung, für die deutschen Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld gekennzeichnet von Abwehr- und Verteidigungsdiskussionen und -aktionen. „Spätestens seit Mitte der 80er Jahre war Berufspolitik gleichzusetzen mit dem Kampf gegen etwas. Gegen die ungerechte und Existenzen gefährdende Umsatzsteuer. Gegen die Benachteiligung von Sprachheilpädagogen bei der Stellensuche. Gegen die so häufig unterstellte ‚lediglich' pädagogische Kompetenz. Gegen die oft unter die Gürtellinie zielenden Angriffe konkurrierender Berufsgruppen. Gegen die Diskreditierung unserer universitären Ausbildung als beliebig und unspezifisch. Gegen die Ausgrenzung durch die Krankenkassen bis Anfang der 90er Jahre“ (Maihack 1999, 171).

Nach beinahe 20 Jahren sprachheilpädagogischer und sprachtherapeutischer Tätigkeit, Studium begleitend zuerst im Arbeitsfeld Schule, dann im klinisch-stationären Bereich und seit Mitte der 80er Jahre in einer eigenen Praxis für Sprachtherapie[2], liegen beim Verfasser dieser Arbeit vielfältige Erfahrungen über die Arbeit mit sprachauffälligen Menschen sowie über die Arbeitsbedingungen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation vor.
Nach mehr als 10 Jahren Bundesvorstandstätigkeit im Fachverband „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“, nach 8 Jahren Vorsitz des Bundesverbandes der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen in Deutschland, nach zahlreichen in diesen Funktionen geführten Diskussionen und

---

[2] Zum Begriff ‚Sprachtherapie', so wie er in dieser Arbeit verwendet wird, siehe Kapitel 3.3.4.

Konflikten, in der Würdigung konsensueller und streitiger, oft langjähriger Gespräche mit Wissenschaftlern des Faches und Funktionsträgern des Fachverbands, mit Vertretern der Krankenversicherungen, mit Bildungs- ‚Finanz- und Gesundheitspolitikern und ebensolchen Ministerialbeamten, mit Vertretern der Medien, mit Ministern und Staatssekretären, mit sprachheilpädagogischen Kolleginnen und Kollegen in Schulen, Kliniken und Praxen, mit Funktionären nahestehender und distanzierter Berufsgruppen, mit Vertretern der Ärzteschaft und vielen anderen Menschen, entwickelte sich eine Frage von herausragendem Interesse: Warum haben es die Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld[3] so schwer, ihre Arbeit unter formal und inhaltlich klar strukturierten und akzeptierten Bedingungen zu verrichten?

Darüber hinaus bestand ein weiteres Problemfeld. Der Verfasser traf im Jahre 1990 erstmals als gewähltes Mitglied des Hauptvorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), dem Fachverband und der Interessensorganisation der vorwiegend in Sonderschulen für Sprachbehinderte tätigen Sprachheilpädagogen, auf die Vertreter aus den einzelnen Landesgruppen, die Redakteure der Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ und die Mitglieder des ‚Wissenschaftlichen Beirates’ der dgs. Er wurde befragt zu der faktischen Arbeits- und Alltagssituationen in einer freiberuflichen sprachtherapeutischen Praxis, erfuhr Unterstützung, begegnete aber auch Misstrauen und Unverständnis, weil die Möglichkeiten, sprachheilpädagogische Sprachtherapie, die formulierten inhaltlichen Ansprüchen genügt, in einer nichtschulischen, privatwirtschaftlichen Einrichtung durchführen zu können, skeptisch beurteilt wurden. Er war darüber hinaus bemüht, grundsätzliche Informationsdefizite über das berufliche Leben im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachtherapie zu schließen.

Es gab und gibt Erklärungsversuche dafür, aus welchen Gründen weite Teile der sprachheilpädagogischen Kolleginnen und Kollegen in den Sprachheilschulen und an den Universitäten die ‚außerschulische’ Situation kaum zur Kenntnis nahmen und warum Belastungen für die Gruppe der außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen

[3] Eine Erläuterung des Terminus ‚klinisch-therapeutisches Handlungsfeld’ erfolgt in Kapitel 4.2.1.

entstanden waren. Annahmen dazu erfolgten allerdings auf dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen, getragen von Alltagswissen und Mutmaßungen. Differenzierte Antworten lagen und liegen jedoch nicht vor.

Das wissenschaftliche Interesse des Faches an der historischen Entwicklung klinisch-therapeutischer Handlungsfelder ist gering. So betrachten in einem jüngst vorgestellten Werk zur Geschichte der Sprachheilpädagogik von 1945 bis 2000 die Autoren den gesamten Bereich der außerschulischen Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen nur äußerst randständig (vgl. Becker/Braun 2000), obschon ca. ein Drittel der in Deutschland berufstätigen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen in diesem Handlungsfeld tätig ist. Der Anteil der Studierenden innerhalb der Studiengänge für Sprachheilpädagogik, die ihre berufliche Perspektive im sprachtherapeutischen Arbeitsbereich sehen, steigt kontinuierlich weiter und beträgt an einzelnen Hochschulen bereits über fünfzig Prozent.

1.2 Darstellung der Problemlage

Die Sprachheilpädagogik steht der Sprachtherapie außerhalb des institutionellen Rahmens von Sonderschulen für Sprachbehinderte ambivalent gegenüber. Dieser Eindruck entsteht, wenn die Diskussionen innerhalb des Fachverbandes der Sprachheilpädagogik, der ‚Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik', sowie ihres 1927 gegründeten Vorläufers, der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland' betrachtet werden. Wertet man zusätzlich die Veröffentlichungen in der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit', die Berichte der Fachkongresse vor und nach dem Zweiten Weltkrieg sowie die publizierte Meinung der Lehrenden des Faches seit seiner universitären Existenz aus, so fällt auf, dass die Notwendigkeiten und Möglichkeiten ambulanter Therapie kontinuierlich skeptisch betrachtet werden (vgl. Bahr/Lüdtke 1999, Hansen 1929, Homburg 1989, Orthmann 1969a, Schulze 1969, Teumer 1995b, Welling 1997b, Westrich 1977). Im Gegensatz dazu lassen sich allerdings ebenso rezidivierende Hinweise auf die Sinnhaftigkeit und Effektivität ambulanter Therapiekonzepte finden (Dannenbauer 1998a, Dupuis 1983, Knura 1982, Lakies/Lakies 1983, Leites, E1964, Rodenwaldt/Wilhelm 1989, Steinig 1955).

In der Zeit von 1970 bis 1990 verfünffachte sich die Anzahl der Sprachheilschulen („von 41 im Jahre 1970 auf 200 im Jahre 1990“, Grohnfeldt 1990b, 9), sie stagniert jedoch seit dieser Zeit oder entwickelt sich rückläufig. Einrichtungen zur ambulanten Sprachförderung und -rehabilitation in denen Sprachheilpädagogen tätig waren und sind, entstanden bis zur Mitte der 60er Jahre ebenfalls (vgl. Kolibius 1958, Wallrabenstein 1965). Die Behandlung sprachauffälliger Menschen, vorwiegend von Kindern und Jugendlichen, lag in beiden Handlungsfeldern beinahe ausschließlich in der Hand von Sprachheilpädagogen.

Mit der Gründung der ersten Logopädenlehranstalt durch den Phoniater Hermann Gutzmann jun. 1962 in West-Berlin „ ... schuf sich dann die Medizin ihre eigene Therapeutengruppe und etablierte das Berufsfeld der Logopäden“ (Heinemann 1997, 979). Damit begann die Konstituierung eines medizinischen Assistenzberufes, und dem Berufsverband der Logopäden, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl), gehörten im Jahr 2000 über 7000 Mitglieder an (Krüger, S. 2000, 35). Von 1990 bis 1999 hat sich die Mitgliederzahl verdreifacht und Prognosen vom baldigen Niedergang der Logopädie („Für mich ist daher das Ende der Blütezeit des Logopädenberufes absehbar“, Homburg 1989, 236) haben sich nicht bewahrheitet.
Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen blieben ebenfalls weiterhin im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld sprachfördernd tätig. Diese Gruppe der Sprachtherapeuten deckt bis heute ein umfangreiches Aufgabenfeld in unterschiedlichen organisatorischen Strukturierungen ab (vgl. Borbonus/Maihack, 2000, 236ff). Dies wurde und wird jedoch innerhalb und außerhalb der Sprachheilpädagogik nicht von allen Seiten begrüßt.

Ein von Schulze beispielhaft markiertes Selbstverständnis, „ ... daß der Pädagoge auf seinem Gebiet bleibt ..., er aber nicht in die Diagnostik und, wie ich auch glaube, in die eigentliche Therapie insofern eindringt, daß er den Anschein erweckt, als sei er nur noch Therapeut“ (Schulze 1969, 27), besteht in seiner Grundtendenz bei zahlreichen Sprachheilpädagogen bis heute fort (vgl. Bahr/Lüdtke 2000).

Die Auffassung der Medizin, speziell der Phoniatrie, über die Aufgaben von Sprachheilpädagogen hat sich kaum gewandelt: „Es ist bedauerlich, daß die Ärzteschaft ihre Zuständigkeit für weite Bereiche der Sprachstörungen nicht erkennt. Es darf dies aber nicht dazu führen, daß nun die medizinischen Belange von Sprachheilpädagogen wahrgenommen werden“ (Biesalski 1965, 32; vgl. auch Heinemann 1997, 980; Biesalski, 1989; Gross 1994).

Die Sorgen mancher Sprachheilpädagogen vor einer Dominanz medizinisch geprägter Sprachtherapie und einem ‚Ausverkauf des Pädagogischen’ bestanden möglicherweise zu Recht. Wenn auf der ersten Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland nach dem Krieg, vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg, von einzelnen Teilnehmern festgestellt wird: „Der Sprachheillehrer ist kein Heilpraktiker sondern ein Arzthelfer“ (Haas 1955, 112), war eine Grenzlinie überschritten, wodurch die Sprachheilpädagogik in ihrer Eigenständigkeit grundsätzlich in Frage gestellt wurde. Hilfstätigkeiten für Mediziner wollten und sollten Sprachheilpädagogen nie ausüben, zumindest nicht aus der Sicht des Faches selbst.

Der Phoniater Heinemann, langjähriger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde und Leiter der Mainzer Klinik für Kommunikationsstörungen, beschreibt den historischen Bezug der Medizin zur Sprachheilpädagogik aus Sicht der erstgenannten Disziplin: „In der späteren Nachkriegszeit wurden dann die Verbindungen zur Pädagogik ziemlich nachhaltig gestört, wobei die Ursachen hierfür auf beiden Seiten lagen. Hauptkonflikte waren, daß sich die Pädagogen ihr Handeln nicht von den Medizinern vorschreiben lassen wollten, die Mediziner aber mit der ‚Therapie’ der Pädagogen unzufrieden waren“ (Heinemann 1997, 978).
Eine pädagogische Gegenposition hierzu, welche die Kritik der Sprachheilpädagogen gegenüber einer symptomorientierten, kurativen Medizin formuliert, bezieht der langjährige Lehrstuhlinhaber für Sprachbehindertenpädagogik in Mainz, Westrich:

„Statt nun wenigstens das Zusammenwirken, das Miteinander von Zerebralreifung, sozialen Lern- und individuellen Erlebnis- bzw. Entwicklungsprozessen entsprechend zu würdigen, sieht und bewertet die medizinische Sprachheilkunde aber nur die somatischen Voraussetzungen der Sprache und faßt sie als das Wesen der Sprache auf" (Westrich 1977, 79).

Mit dieser kurzen Darstellung werden zwei Pole deutlich, zwischen denen sich die Sprachheilpädagogik seit ihrem Entstehen als Fachwissenschaft bewegt: Zum einen lautet ein Vorwurf, dass Sprachheilpädagogen für die klinisch-therapeutische Sprachförderung und Rehabilitation außerhalb der Schulen nicht qualifiziert sind, weil ihre dominant pädagogische Ausbildung nicht spezifisch sprachtherapeutisch ausgerichtet sei. Die erforderliche praxisorientierende Fachlichkeit für eine Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld sei im Verlauf des Studiums nicht vermittelt worden. Diese Behauptung prägt die von außen nach innen wirkende Diskussion der Disziplin zu Lasten der in diesem Bereich tätigen Sprachheilpädagogen seit vielen Jahren (vgl. Biesalski 1965 und 1982; Braun 1982; Grohnfeldt 1988b; Gross 1994; Heinemann 1997).

Zum anderen wird den ambulant tätigen Sprachheilpädagogen vorgehalten, dass klinisch-therapeutische Sprachförderung medizinisch orientiert und determiniert sei und daher sui generis eine pädagogisch orientierte Sprachtherapie unter dem Normen- und Kostenzwang eines dem Gesundheitssystem zuzuordnenden Arbeitsfeldes und Handlungsraumes nicht zu konzipieren und durchzuführen sei. Dies ist ein häufig gebrauchtes fachinternes Argument gegen eine Arbeit von Sprachheilpädagogen im außerschulischen Bereich (vgl. Schulze 1968; Orthmann 1969, 1978; Westrich 1977; Homburg 1989; Teumer 1995b).

1.3 Formulierung der Fragestellung

„Die zentrale Institution der Sprachbehindertenpädagogik ist die Sprachbehindertenschule“ (Dirnberger 1973, 39). Hat diese programmatische Aussage bis heute Bestand? Gibt es in der Sprachheilpädagogik systematische und Theorie geleitete Vorbehalte gegenüber der außerschulischen Sprachtherapie? Gibt es das Konstrukt, unter dem Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen in Schulen und im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld gleichermaßen subsumiert werden: **die** Sprachheilpädagogik oder **die** Sprachbehindertenpädagogik?
Gibt es eine spezifische sprachheilpädagogische Sprachtherapie? Worin besteht der Unterschied, unterstellt es gäbe einen, zur logopädischen Sprachtherapie? Ist die Sprachheilpädagogik, unter dem Fokus der Sprachtherapie, die außerhalb von Schule stattfindet, definierbar und identifizierbar? Stellt die Sprachheilpädagogik Theorie-, Methodik- und/oder Didaktik-Konzepte für die Arbeit von Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld zur Verfügung?

Solche Fragen zu stellen und den Versuch zu unternehmen, einige davon zu beantworten, ist von Interessen geleitet. Das Interesse resultiert, wie dargestellt, aus der beruflichen Biographie des Verfassers.

War oder ist das Verständnis der Sprachheilpädagogik von außerschulischer Sprachtherapie, wie es Lehrende, Lernende und Praktizierende vermitteln, erwerben oder erleben, von „ ... privaten Meinungen, Hausverstand, pädagogischem Alltagsbewusstsein und herkömmlichen Erfahrungslehren“ (Baumgartner/Giel 2000, 285) geprägt? Ist das Selbstverständnis sprachheilpädagogischer Sprachtherapeuten ein weitgehend Ungeklärtes, Unverstandenes oder Unhinterfragtes?

Scheinbar traditionelle Konfliktlinien zu einzelnen medizinischen Fachdisziplinen wie beispielsweise der Phoniatrie oder zu anderen sprachtherapeutischen Berufsgruppen wie beispielsweise den Logopädinnen und Logopäden belasten die Suche nach einem sprachheilpädagogischen Selbstverständnis zusätzlich. Sie lassen andererseits aber auch die Frage entstehen, ob in einer Zeit von Globalisierung und

Zusammenschlüssen, von vernetzter und unmittelbarer Kommunikation über enge Berufsgrenzen hinaus, eine spezifisch sprachheilpädagogische Tätigkeitsattribuierung spezifischen sprachfördernden Handelns im klinisch-therapeutischen Arbeitsfeld sachangemessen ist (oder jemals war).

Es soll in dieser Arbeit versucht werden, folgende **Fragen** – vorläufig – zu beantworten:

1. Welche zeithistorischen, vorwiegend gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungslinien haben die formale Struktur des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes von Sprachheilpädagogen geprägt?

2. In welcher Weise beeinflussten konzeptionelle Vorstellungen über sprachheilpädagogische Aufgaben und Kompetenzen, wie sie in den verschiedenen Theoriemodellen der Sprachheilpädagogik im Kontext zeithistorischer Veränderungen entwickelt wurden, Aktivitäten der Sprachheilpädagogik oder das Verständnis sprachheilpädagogischer Tätigkeiten im Hinblick auf das klinisch-therapeutische Handlungsfeld?

3. Entwickelte sich innerhalb der Sprachheilpädagogik eine Theorie zur Praxis der Sprach**therapie**?

4. Welche Inhalte bestimmten und welche Verläufe nahmen paradigmatische Auseinandersetzungen zwischen
   a) der Sprachheilpädagogik einerseits und der Phoniatrie andererseits sowie
   b) der Sprachheilpädagogik auf der einen und der Logopädie auf der anderen Seite?

1.4 Zum Aufbau der Arbeit

Die Bearbeitung einer inhaltsanalytischen Problematik in Verbindung mit einer Fragestellung, die historische Entwicklungen einbezieht, bedarf einer spezifischen Methodenwahl und eines ebensolchen Forschungsweges, die in Kapitel 2 erläutert werden. Eine forschungsmethodische Begründung und Darstellung der den einzelnen Kapiteln zu Grunde gelegten Strukturierung nach ‚historischer Faktenlage', ‚Positionen und Paradigmen', ‚Diskussionen und Diskursen' sowie ‚Zusammenfassung' erfolgt ebenfalls in diesem Kapitel.
Im 3. Kapitel sollen die Anfänge des Sprachheilwesens in Deutschland unter dem Aspekt einer klinisch-therapeutischen Sprachförderung betrachtet und der Ausbau von Sprachheilkursen und Sprachheilschulen beschrieben werden. Dabei werden erste paradigmatische Konkurrenzen zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik ebenso aufgezeigt wie prägende geisteswissenschaftliche Auffassungen der Zeit.
Der von Neuorientierungen und ersten Wiederaufbauleistungen des Sprachheilsystems nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges beherrschten Zeit von 1945 – 1955 widmet sich das 4. Kapitel. Der Entstehung eines eigenen Weges sprachtherapeutischer Arbeit in der DDR wird darin ebenso Aufmerksamkeit geschenkt wie den neu erstehenden und traditionell vorhandenen Organisationsformen und Handlungsfeldern von Sprachheilpädagogen in West-Deutschland, in denen versucht wird, die Sprachheilarbeit unter dem Paradigma einer Geisteswissenschaftlichen Pädagogik vereinzelt auch im außerschulischen Raum zu entfalten.
Der Untersuchung der Frage, in welcher Weise die Sozialgesetzgebung der 50er und 60er Jahre in der BRD das Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung beeinflusst hat, dient das 5. Kapitel. Gründe und Auswirkungen einer Revitalisierung der konträren Diskussion zwischen der Phoniatrie und der Sprachheilpädagogik auf der Basis ihres jeweiligen Selbstverständnisses werden in diesem Kapitel auch unter dem Aspekt der neu entstehenden Logopädenausbildung analysiert.
Im Zentrum der Betrachtung des im 6. Kapitel untersuchten Zeitraumes von 1965 bis 1975 steht neben der erneuten Beachtung sozialpolitischer Grundsatzentscheidungen die Eigenständigkeitsdebatte der Sprachheilpädagogik, anlässlich derer grundlegende und die weitere Zukunft des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes der Sprach-

förderung aus der Sicht der Sprachheilpädagogik prägende Diskussionsinhalte und damit verbundene praxisnahe Auswirkungen erkennbar werden. Es werden Fragen an eine Sprachheilpädagogik formuliert, die die Eigenständigkeit in den Mittelpunkt rückt.

Die Gliederung der bisherigen Abschnitte wird im 7. Kapitel aus Gründen einer erheblich gestiegenen Datenmenge abgelöst durch eine nach Jahreszahlen geordnete chronologische Darstellung von Entwicklungsverläufen des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes von Sprachheilpädagogen. Hierbei ist es unter anderem die Absicht, durch Exkurse sprachheilpädagogische Positionen beispielsweise mit phoniatrischen oder logopädischen Betrachtungen klinisch-therapeutischer Sprachförderung zu kontrastieren.

Das 8. Kapitel widmet sich der Zusammenfassung der Ergebnisse. Die zentralen Analyseergebnisse werden den formulierten Fragestellungen zugeordnet und kommentierend reflektiert.

Den Schluss der Arbeit bilden ‚Abschließende Bemerkungen', in denen weitere denkbare Forschungsprojekte angesprochen, grundsätzliche Probleme des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes erörtert werden und ein Ausblick auf eine mögliche oder wünschenswerte Zukunft des universitären Lehrfaches Sprachheilpädagogik gegeben wird.

2. Methodenwahl und Forschungsweg

Diese Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit der Bearbeitung, Auswertung und Interpretation bereits vorliegender schriftlicher Dokumente. Da das Datenmaterial im Wesentlichen aus historischen Quellen besteht, die zurückliegende Ereignisse dokumentieren, wurden die geschichtswissenschaftlichen bzw. sozialwissenschaftlichen Methoden der **Dokumentenanalyse** und der **Qualitativen Inhaltsanalyse** angewendet, wobei auf den Gegenstand der Untersuchung angepasst eine Methodenkombination vorgenommen wurde. Die für die Bearbeitung und Beantwortung der Fragestellungen ausgewählte Methodik der Dokumenten- und Inhaltsanalyse, wie sie in der historischen Sozialforschung Anwendung findet, wird im Folgenden vorgestellt.

2.1 Methodenwahl: Dokumentenanalyse und Inhaltsanalyse

Aufgrund der kaum zu bewältigenden Materialvielfalt zum Thema wurde die Entscheidung getroffen, ausschließlich bereits vorliegende verschriftete Quellen zur Analyse heranzuziehen. Als geeignete Methode, dieses schriftliche Material zu fassen und zu bearbeiten, wurde die **Dokumentenanalyse** ausgewählt, da diese „...Material erschließen [will], das nicht erst vom Forscher durch Datenerhebung geschaffen werden muß. Dokumentenanalyse zeichnet sich durch die Vielfalt des Materials aus. Die qualitative Interpretation des Dokuments hat einen entscheidenden Stellenwert“ (Mayring 1996, 33).

Die Arbeit befasst sich mit einer historischen Thematik. Von der Möglichkeit durch die Befragung von Zeitzeugen aktuelle oder retrospektive Einschätzungen der zurückliegenden zeitgeschichtlichen Ereignisse die das Fach Sprachheilpädagogik betreffen, zu erhalten und diese zum Zwecke der Materialüberprüfung zu verwenden, wurde aus kapazitativen Gründen sehr früh Abstand genommen. Nach Einschätzung des Verfassers wäre dies sicherlich lohnens- und wünschenswert, würde jedoch ein anders geartetes und auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit aufbauendes Forschungsprojekt darstellen.

Eine Dokumentenanalyse, wie sie dieser Arbeit zu Grunde liegt, „... wird zwar in Methodenbüchern immer wieder als zentraler Bereich sozialwissenschaftlicher Forschung dargestellt, ... kommt aber doch in den Einzelwissenschaften selten zum Einsatz (vielleicht mit der Ausnahme von Geschichte und Kommunikationswissenschaften)“ (Mayring 1996, 32). Die Sprachheilpädagogik beschäftigt sich zweifelsfrei mit Kommunikation. Ob dieser – ihr zentraler – Betrachtungsgegenstand sie dadurch zu einer ‚Kommunikationswissenschaft’ in den vielfältigen Facetten eines möglichen Verständnisses dieses Begriffs werden lässt, soll an dieser Stelle und in dieser Arbeit nicht erörtert werden. Die Sinnhaftigkeit der Anwendung der Dokumentenanalyse als geeignete Forschungsmethodik scheint jedoch zweifelsfrei. Die Dokumentenanalyse zählt zu den Untersuchungsverfahren qualitativer Forschung. Sie zeichnet sich durch eine systematische Vorgehensweise in vier Schritten aus (vgl. Mayring 1996, 34):

- Formulierung der Fragestellung
- Definition und Festlegung des Ausgangsmaterials
- Quellenkritik
- Interpretation im Hinblick auf die Fragestellung

Zu Beginn der Dokumentenanalyse muss die **Fragestellung** eindeutig formuliert werden. Die **Definition** dessen, was als **Dokument** gelten soll und die Festlegung des Ausgangsmaterials folgt danach. Innerhalb der **Quellenkritik** werden die ausgewählten Dokumente im Hinblick auf ihre Aussagekraft, besonders für die Beantwortung der Fragestellung eingeschätzt. In einem letzten Schritt erfolgt dann die **Interpretation** der Quellen im Sinne der Fragestellung (vgl. Mayring 1996, 34).

Im Hinblick auf die zu leistende Analyse des Datenmaterials erscheint die Anwendung der **‚Qualitativen Inhaltsanalyse’** nach Mayring als eine geeignete Ergänzung der Dokumentenanalyse – besonders zu ihrer systematischen Differenzierung. Zur Bearbeitung schriftlichen Materials, wie es die Interpretation vorliegender Primär- und Sekundärquellen darstellt, ist dieses Verfahren deshalb als gegenstandsadäquat anzusehen, weil es nicht die Methodik einer rein deskriptiven oder quantitativen Analyse bereitstellt, sondern der „... Forscher in einer Art explorativer Phase große Teile des Materials [sichtet], möglichst ohne sich von theoretischen Vorüberlegungen leiten zu lassen. Diese erste Lektüre verschafft dem Forscher einen Überblick

über die Kategorien, mit denen sich die Einzelfälle charakterisieren lassen. Insofern ist die Inhaltsanalyse nach Mayring qualitativ: sie ist offen für empirisch begründete Kategorien“ (Lamnek 1989, 202).
Der von Mayring gewählte Zugang zum Verständnis existierender Schriftstücke kontrolliert das Material streng methodisch und analysiert es schrittweise. Die Qualitative Inhaltsanalyse zerlegt dabei ihr Material in Einheiten, die nacheinander bearbeitet werden. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem, welches diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen (vgl. Mayring 1996, 91).

Eine solche, theoriegeleitete Kategorien entwickelnde Analyse von Texten unterscheidet die Inhaltsanalyse von einer eher interpretativen und hermeneutischen Bearbeitung von Textmaterial (vgl. Mayring 1996, 91). Den Unterschied zu anderen Interpretationsversuchen des Begriffs ‚Inhaltsanalyse’ hält Mayring in sechs Punkten fest, die sich zu folgenden Kernaussagen zusammenfassen lassen (vgl. Mayring 1997, 11f.):

1. Inhaltsanalyse hat Kommunikation zum Gegenstand.
2. Die Inhaltsanalyse arbeitet mit Texten und anderen Symbolsystemen, d.h. ihre Grundlagen sind protokolliert.
3. Sie grenzt sich ab von freier Interpretation, im Besonderen gegen große Teile hermeneutischer Verfahren.
4. Die Textanalyse folgt expliziten Regeln, damit die analytische Leistung auch von Dritten nachvollzogen werden kann.
5. Die Inhaltsanalyse „... will nicht einfach einen Text referieren, sondern analysiert ihr Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung ... Theorie geleitet bedeutet dabei nicht Abheben von konkretem Material in Sphären der Unverständlichkeit, sondern heißt Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand“ (Mayring 1997, 12).
6. Inhaltsanalyse ist eine ‚schlussfolgernde Methode’. „Sie will durch Aussagen über das zu analysierende Material ... Aussagen über den ‚Sender’ (z.B. dessen Absichten), über Wirkungen beim ‚Empfänger’ o.a. ableiten“ (Mayring 1997, 12).

Die von Mayring entwickelte qualitative Inhaltsanalyse findet häufig Anwendung bei der Strukturierung und Interpretation großer Mengen erhobenen sprachlichen Datenmaterials, wie es beispielsweise bei standardisierten oder semi-standardisierten Interviewverfahren anfällt. Geeignet zur Interpretation schriftlich vorliegender, nicht spontansprachlicher Äußerungen ist dieses Verfahren ebenfalls in besonderer Weise: „Qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für die systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial. Dabei sind auch große Mengen zu bewältigen“ (Mayring 1996, 98).

Die Dokumentenanalyse und die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurden in einer modifizierten Methodenkombination angewendet:

Formulierung der Fragestellung

↓

Definition und Festlegung des Materials

↓

Quellenkritik

↓

Kategorienbildung

↓

Begründung der Analysetechnik

↓

Analyseschritte mittels des Kategoriensystems

↓

Explikation/Kontextanalyse

↓

Strukturierung

↓

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung

↓

Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Abbildung 1: Methodenkombination Dokumentenanalyse und Inhaltsanalyse
(vgl. ‚Inhaltsanalytische Ablaufmodell' ‚Mayring 1996, 1997)

2.2 Zur Durchführung der Dokumenten- und Inhaltsanalyse

Die Entwicklung der **Fragestellung** aus der Begründung des Forschungsinteresses sowie aus der Darstellung der Problemlage erfolgte in Kapitel 1.3.

2.2.1 Dokumentenauswahl und Quellenkritik

Analog zum inhaltsanalytischen Ablaufmodell wurde zu Beginn der vorliegenden Arbeit festgelegt, welches schriftliche Material herangezogen werden sollte. Bei der **Festlegung des Materials** wurde entschieden, auf verfügbares Archivmaterial in Form von Sitzungsprotokollen, persönlichen Notizen oder Briefen aufgrund der nicht immer zu verifizierenden Authentizität zu verzichten und statt dessen ausschließlich auf veröffentlichtes und damit allgemein zugängliches Material zurückzugreifen. Dazu zählen Zeitschriftenartikel, Aufsätze in wissenschaftlichen Publikationen, einschlägige Fachliteratur oder dokumentierte Diskussionen und Debatten. Als untersuchte Quellen sprachheilpädagogischer Theorie- und Praxisbildung wurden insbesondere die Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit“, fachwissenschaftliche Kongress- und Tagungsberichte sowie einschlägige Hand-, Lehr-, und Fachbücher herangezogen. Es ist Becker/Braun zuzustimmen, die feststellen: „Die Entwicklung der Sprachheilpädagogik als wissenschaftliches Arbeits- und Forschungsfeld spiegelt sich in den Fachtagungen, in den Fachzeitschriften und in den fachwissenschaftlichen Publikationen wider“ (Becker/Braun 2000, 205).

Bei der durchgeführten **Quellenkritik** wurde die Aussagekraft des Dokumentenmaterials kritisch im Hinblick auf die Bearbeitung der Fragestellung geprüft. Dabei wurden zahlreiche, ausschließlich auf den Themenbereich Sprachheilschule bezogene Quellen ebenso aussortiert wie solche, die praktische Therapieprobleme betrafen. Zusätzlich wurden innerhalb der sprachheilpädagogischen Publikationen die Arbeiten ausgeschlossen, die von Nachbardisziplinen wie der Linguistik oder der Psychologie stammten und spezifische fachwissenschaftliche Themen behandelten oder solche Quellen, die vorwiegend Materialien für die Sprachtherapie vorstellten oder enthielten.

Formale Charakteristika der Quellen, wie identifizierbarer Autor, bibliographisch erfassbare Texte etc. wurden festgelegt und danach eine erneute Auswahl der zu bearbeitenden Dokumente getroffen.

2.2.2 Kategorienbildung

Die **Kategorien –** als wesentlicher Bestandteil der Inhaltsanalyse – wurden nach der ersten überblicksartigen Bearbeitung des Materials gebildet. Im ersten Schritt wurde die verfügbare Literatur ausgiebig, vor allem deskriptiv-analytisch gesichtet, um die theoriegeleiteten Kategorien festlegen zu können. Die Kategorien, unter deren Beachtung in einem zweiten Schritt die differenzierte Bearbeitung der Quellen stattfand, waren:

- historische Faktenlage
- Positionen und Paradigmen
- Diskussionen und Diskurse
    - Personen
- Zusammenfassung

Am Beginn eines jeden untersuchten Zeitraumes steht eine Darstellung der als gesichert geltenden **historischen Faktenlage**. Diese umfasst beispielsweise die Dokumentation verfügbaren Materials über Anzahl oder Art von Sprachheileinrichtungen, die Darstellung gesetzlicher und politischer Rahmenbedingungen oder entsprechende Veränderungen im Bereich des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes, Beschlüsse einzelner Verbände und öffentlicher Institutionen, etc.

Ein Schwerpunkt bei der Bearbeitung des Quellenmaterials wird auf die Darstellung erkennbarer **Positionen und Paradigmen** gelegt, wie sie von Vertretern des Faches vorgestellt werden. Wissenschaftstheoretische Positionen und fachspezifische Aspekte zu medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-therapeutischen Fragestellungen sollen neben der Frage betrachtet werden, welche expliziten, aber auch impli-

ziten Standpunkte im Sinne zu Grunde liegender Theoriesysteme eingenommen werden.
Aussagen in Bezug auf die Einordnung der Sprachheilpädagogik in ihrem Verhältnis zu den Nachbardisziplinen wie Medizin/Phoniatrie, Psychologie oder Sozialwissenschaft, aber auch zum benachbarten Berufsfeld Logopädie werden ebenso dargestellt wie organisationstheoretische Positionen zu den Bereichen Ausbildung/Studium und solche zu den Praxisfeldern sprachheilpädagogischen Handelns.
Ausgehend von der Hypothese, dass Theoriemodelle der Allgemeinen Pädagogik auch in der Pädagogik der Sprachbehinderten ihren Niederschlag gefunden haben, werden anlässlich historischer oder ideengeschichtlicher Marksteine in einigen Kapiteln die Blickwinkel, Tendenzen oder Theoriekonzepte bedeutsamer Strömungen der Allgemeinen Pädagogik in gebotener Kürze vorgestellt und zusammengefasst.

Innerhalb der Sprachheilpädagogik fanden in dem Zeitrahmen, welchen diese Arbeit betrachtet, zahlreiche, in unterschiedlicher Qualität und Intensität geführte, inter- und intradisziplinäre **Diskussionen und Diskurse** statt. Deren Verläufe und deren Inhalte aufzuzeigen wird ebenfalls eine Aufgabe innerhalb der einzelnen Kapitel sein.

Geschichte, somit auch Fachgeschichte, folgt nicht allein den Gesetzmäßigkeiten vorhandener Fakten und entwickelt sich daraus linear und scheinbar sachlogisch, sondern sie wird erheblich von handelnden **Personen** mitgestaltet. Die Entwicklung der Sprachheilpädagogik in Deutschland ist in mancherlei Weise mit Konzepten, Gedankengebäuden und Wirkungen verbunden, die einzelne Fachwissenschaftler oder Funktionsträger in ihrem jeweiligen historischen Kontext entfaltet haben. Informationen zu den handelnden Individuen der Disziplin werden, sofern dies für das Verständnis des Gesamtzusammenhanges notwendig oder hilfreich ist, bei der Bearbeitung und Darstellung des jeweils untersuchten Zeitrahmens, innerhalb der Bearbeitung der Faktenlage, der Positionen und Paradigmen oder der Diskussionsverläufe, vorgestellt.

Die Faktenlage, die theoretischen Positionen und die stattgefundenen Diskussionen sind in Folge der Fülle und der Verschiedenartigkeit des Materials teilweise unübersichtlich oder sehr umfangreich. Zum besseren Verständnis werden dort, wo es sinnvoll erscheint, Kommentierungen des Dargestellten vorgenommen. Die **Kommentare** pointieren, weisen in Einzelfällen über das dargestellte Geschehen hinaus, stellen Bezüge zur Jetztzeit her oder rekapitulieren Kernaussagen und -konzeptionen Beteiligter. Sie spiegeln in jedem einzelnen Fall ausschließlich die subjektive Sicht des Verfassers dieser Arbeit wider und dienen dem Zweck, die Nachvollziehbarkeit des Geschilderten zu erleichtern. Diese Kurzkommentare sind jeweils kursiv gesetzt.

Die geeignete Methodik, strukturelle oder paradigmatische Hintergründe zu erschließen, ohne die Darstellung der zusammengefassten Abläufe erheblich zu unterbrechen oder durch Querverweise auf folgende Kapitel oder vorangestellte die Nachvollziehbarkeit der inneren Zusammenhänge der Ereignisse zu beeinträchtigen, schien die Kurzdarstellung und Interpretation zentraler Ereignisse durch **Exkurse** zu sein. Sie dienen ebenfalls zur Erläuterung zweier zentraler Begriffe. Die Exkurse sind im Drucksatz eingerückt und dadurch kenntlich gemacht.

Eine **Zusammenfassung**, die Einordnungen und Bewertungen der bearbeiteten Quellen unter den Aspekten der Faktenlage, der vertretenen Positionen und Paradigmen sowie der stattgefundenen Diskussionen und Diskurse vornimmt, schließt die Darstellung der einzelnen Zeitabschnitte ab.

2.2.3 Begründung der Analysetechnik

Aus Gründen der Transparenz und der intersubjektiven Vergleichbarkeit folgt die Auswertung des Quellenmaterials einer zeithistorischen Gliederung. Diese Systematik wurde gewählt, weil mögliche andere, Kriterien geleitete Analysen wie die Zuordnung nach thematischen, theoretischen, institutionellen, Personen gebundenen oder anderen Parametern unter methodenkritischen Aspekten den Betrachtungswinkel verengen könnten. Wird die Aufmerksamkeit des Forschers nämlich auf einen Einzelaspekt fokussiert, so prägt die Wahl des Beobachtungswinkels den Inhalt der Beobachtung. Das Ausblenden anderer, möglicherweise bedeutsamer Kriterien zur

Bewertung spezifischer Forschungsergebnisse verstellt die Erkenntnis des zu untersuchenden Gegenstandes. Die zu gewinnende Erkenntnis, welche Aspekte an dem hier zu untersuchenden Gegenstand bedeutsam für die Beantwortung der Fragestellung sind, wäre nicht zu gewinnen, stünde am Beginn des Forschungsprozesses die Entscheidung, dass ein einzelner Aspekt im Schwerpunkt zu untersuchen sei.

Die bei einer dominant historisch-zeitlich ausgerichteten Bearbeitung von Quellen vorhandene Gefahr einer eher zufälligen Zäsur in der Darstellung vorhandener Positionen oder Entwicklungsverläufe wird ebenfalls gesehen, eine zeithistorische Methodik erhält aus Gründen einer besseren Nachvollziehbarkeit von Prozessen dennoch den Vorzug. Fachgeschichte und ihre Facetten sind nicht isoliert, gleichsam losgelöst von der sie umgebenden Wirklichkeit zu verstehen. Gesellschaftliche und politische Wertvorstellungen und Strukturen verändern sich im Laufe der Jahrzehnte – häufig radikal. Dies wird im folgenden Beispiel deutlich:
Der nomenklatorische Weg des Faches durch ein Jahrhundert seiner Entwicklung spiegelt auch ein Jahrhundert deutscher Geschichte und politischer sowie sozialer Entwicklungsverläufe wider: von den Sprachheilkursen über die Sprachheilpädagogik, die Sprachkrankenpädagogik, erneut die Sprachheilpädagogik, die Sprachgeschädigtenpädagogik, die Sprachbehindertenpädagogik und abermals die Sprachheilpädagogik. Die Vorstellung, das Universitätsfach Sprachheilpädagogik und die mit dessen Konzepten handelnden und fördernden Sprachheilpädagogen in der Praxis, ob in der Schule oder in klinisch-therapeutischen Einrichtungen, seien von den gesellschaftlichen Verhältnissen unbeeinflusst geblieben und es gäbe die ‚reine' Lehre des Faches, wäre unhistorisch, verkürzt und schlechterdings falsch. Ideengeschichtliche Entwicklungen sowie politische und soziale Paradigmen haben das Fach geprägt und prägen es bis heute. Der Versuch, die Zusammenhänge zwischen den gesamtgesellschaftlichen Wirkfaktoren und den Prozessen innerhalb der Sprachheilpädagogik aufzeigen zu wollen, wäre allerdings bei dem in der vorliegenden Arbeit untersuchten Zeitraum allein aus Gründen der begrenzten Ressourcen des Verfassers zum Scheitern verurteilt gewesen.
Einem dialektischen Geschichtsverständnis verpflichtet und die konstruktivistischen Wirkungen handelnder Subjekte und ihre subjektiven Wirklichkeitsvorstellungen

mitdenkend, wird die Geschichte des Faches Sprachheilpädagogik so verstanden, wie auch geschichtliche Verläufe insgesamt erklärt werden können: Menschen machen Geschichte, aber die Geschichte und die Geschichten machen den Menschen aus.

Ebenso wenig ist Fachgeschichte in Jahresgrenzen einteilbar, da sie in historischen Traditionen steht. „Dies zu erkennen ist auch notwendig, um heutige Bedingungen professionellen Handelns einschätzen zu können" (Stahlmann, in Kolonko/Krämer 1992, 73). Es ist Stahlmann zu folgen, wenn er feststellt: „Eine isolierte Betrachtung ausgewählter Zeitabschnitte ist zwar aufschlussreich, darf jedoch nicht darauf beschränkt bleiben" (Stahlmann, in Kolonko/Krämer 1992, 73).

2.2.4 Analyseschritte mittels des Kategoriensystems

Nach einer überblicksartigen Darstellung und Einordnung der Entwicklung und der Selbstverständnisdiskussion des Faches Sprachheilpädagogik für die Zeit von ihren Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges wird der Versuch unternommen, objektivierbare Ereignisse sowie die Diskussionsverläufe innerhalb und außerhalb der Sprachheilpädagogik in 10-Jahres-Schritten bis zum Jahre 1975 und in einem 15 Jahre überspannenden Überblick bis zum Jahre 1990 aufzuzeigen, nachvollziehbar zu gestalten und einheitlichen Beurteilungskriterien für die jeweiligen Zeiträume zu unterwerfen. Diese Beurteilung erfolgt mittels der in Kapitel 2.2.3 vorgestellten Kategorien und wird für die Zeiträume bis 1975 angewendet. Der Zeitraum von **1975 bis 1990** bedurfte aus Gründen der großen Datenfülle und Ereignisdichte einer modifizierten Bearbeitung und wird daher chronologisch, nach Jahreszahlen systematisiert, dargestellt.

Im Jahre 1990 wurde aus verschiedenen Gründen eine Zäsur vorgenommen. In der Folge des methodischen Vorgehens, wie es die Qualitative Inhaltsanalyse vorschlägt, wurde nach einer ersten Sichtung des Materials deutlich, dass wesentliche, die Fragestellungen betreffende theoretische und praxisrelevante Entwicklungen im Arbeitsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung bis etwa zu diesem Zeitpunkt initiiert oder bereits umgesetzt waren. Darüber hinaus gestattete die ab diesem Zeitabschnitt noch einmal ansteigende Menge verfügbaren Datenmaterials, vorwiegend von Primärquellen, eine inhaltsanalytisch exakte und den vorausgegangenen Zeiträumen vergleichbar gründliche Auswertung nicht mehr. Letztlich entscheidend für die Überlegung, in diesem Jahr die Untersuchungen abzuschließen, waren jedoch in der Person des Verfassers dieser Arbeit liegende Gründe. Im Jahre 1990 wurde durch die Übernahme verantwortlicher Funktionen innerhalb der Gremien des Fachverbandes der Sprachheilpädagogen eine beobachtende Position auf die Entwicklungen des Sprachheilwesens aufgegeben. Sie wich einer beteiligten und mitgestaltenden Einflussnahme auf die Geschicke der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld engagierten Sprachheilpädagogik. Eine große Nähe zu den ab diesem Zeitpunkt stattfindenden Ereignissen birgt die Gefahr, eine kritisch-analytische Position aufzugeben und über das forschungsmethodisch bedingte subjektive Maß der Betrachtung hinaus, in die Auswahl und Einordnung verfügbarer Quellen zu dominant subjektive Wirklichkeitskonstruktionen einfließen zu lassen. Diese Gefahr sollte vermieden werden.

2.2.5 Explikation/Kontextanalyse

In der Analyse der vorliegenden Dokumente wurden missverständliche oder unverständliche Textstellen mit Hilfe der Technik der Explikation bzw. der sogenannten Kontextanalyse geklärt. „Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstellen erläutert, erklärt, ausdeutet.“ (Mayring 1993, 54)

Dazu wurde sowohl die ‚enge/kleinraumtextologische Kontextanalyse’ angewendet, in der klärende Informationen aus dem selben Text gewonnen werden, als auch die ‚weite/großraumtextologische Kontextanalyse’ genutzt, in der aus zusätzlich herangezogenem Material eine Klärung erfolgt (vgl. Mayring 1993). Zur Kontextanalyse wurden im Wesentlichen folgende innerhalb der Sprachheilpädagogik veröffentlichten historische Schwerpunkte setzende Arbeiten herangezogen: Becker/Braun 2000, Dupuis 1983, Orthmann 1982, Dohse 1978. Darüber hinaus wurden für den Zeitraum 1965 bis 1975 Herr Prof. Dr. G. Homburg (Lehrstuhlinhaber Universität

Bremen) und für den Zeitraum 1975 bis 1990 Herr T. Borbonus (Sonderschulrektor; Zweiter Bundesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik) befragt.

2.2.6 Strukturierung

Durch diesen Analyseschritt soll mit Hilfe der in Kapitel 2.2.2 dargestellten Kategoriensysteme die Strukturierung der Dokumente ermittelt werden. „Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring 1993, 77). Von den vier möglichen Formen strukturierender Inhaltsanalyse (formale, inhaltliche, typisierende, skalierende Strukturierung) wurde die inhaltliche Form ausgewählt (vgl. Mayring 1993, 76 ff). Die inhaltliche Strukturierung findet sich in den einzelnen Kapiteln unter den Hauptkategorien: historische Faktenlage, Positionen und Paradigmen, Diskussionen und Diskurse und Zusammenfassung wieder.

Die Betrachtung des Entwicklungsverlaufes der klinisch-therapeutischen Sprachförderung bedeutet, eine geschichtliche Perspektive einzunehmen. Dies wiederum verlangt auch eine **erzählende Perspektive** und Darstellung der Ereignisse. Die alleinige Vorstellung von Fakten, im Sinne von Zahlen, Paragraphen, Namen oder Daten, wird der Perspektivenkomplexität nicht gerecht. Formale Strukturierungen mittels **tabellarischer Aufstellungen** vermögen die innere Logik und Dynamik einzelner Entwicklungsverläufe im deutschen außerschulischen Sprachheilwesen daher nicht zu erfassen. Ziel dieser Arbeit ist es, Zusammenhänge zu verstehen und aufzuzeigen, nicht allein Konstituenten des Verlaufes zu benennen. Es wurde aus diesem Grunde darauf verzichtet, den inhaltsanalytischen Schritt der formalen Strukturierung – beispielsweise in Form tabellarische Übersichtslisten – durchzuführen.

2.2.7 Zusammenfassung und Interpretation im Hinblick Auf die Fragestellung

Eine zusammenfassende Interpretation anhand von neun Analyseergebnissen, die erläutert werden und die innerhalb von vier Ergebnisdarstellungen durch einen Kommentar ergänzt werden, erfolgt in Kapitel 8.

2.2.8 Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Durch das systematische und strukturierte Aufzeigen des Forschungsweges und der Forschungsmethodik sind die einzelnen Schritte für Dritte dokumentiert und damit transparent und nachvollziehbar. Mit der Methodenkombination der Dokumentenanalyse und der Qualitativen Inhaltsanalyse wird ein **regelgeleitetes Vorgehen** zur Beantwortung der Fragestellung angewendet, das eine intersubjektive Überprüfung ermöglicht. Alle Quellen sind Dritten zugänglich, da persönliche Mitteilungen, Briefe, etc. nicht in der Analyse verwendet wurden. Darüber hinaus wurde die Nachvollziehbarkeit von Aussagen und Interpretationen durch eine intensive Nutzung wörtlicher Zitate und durch konsequente Quellenangaben gewährleistet.
Von einer kommunikativen Validierung, verstanden als Prozess des Dialogs am Ende des Forschungsprozesses, in dem die gewonnen Interpretationen, den beteiligten Personen zur Diskussion gestellt werden (vgl. Fuchs 1984), wurde Abstand genommen. Dies liegt einerseits daran, dass die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Personen und Prozesse zahlreich sind und andererseits daran, dass viele Zeitzeugen verstorben sind.

Die ökologische Validierungsmethode der Triangulation (Flick 1992), die dadurch gekennzeichnet ist, dass versucht wird durch unterschiedliche methodische Wege die Fragestellung zu beantworten, war aus Sicht des Verfassers aufgrund des zu bearbeitenden Zeitraums nicht geeignet. Darüber hinaus waren und sind keine historische Arbeiten vorhanden, die zum methodologischen Vergleich geeignet erscheinen.

2.2.9 Ergänzende Hinweise zum Forschungsweg

Betrachtungsgegenstand dieser Arbeit ist das klinisch-therapeutische Handlungsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation. Neben den in diesem Bereich tätigen Sprachheilpädagogen und der zahlenmäßig größten Gruppierung, den Logopäden, sind darüber hinaus **andere Berufsgruppen** kompetent und dazu qualifiziert, mit sprach-, sprech- oder stimmgestörten Menschen therapeutisch oder beratend zu arbeiten. Klinisch tätige Linguisten oder Sprechwissenschaftler sowie Atem-, Sprech- und Stimmlehrer üben ihren Beruf in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, spezialisiert oder in der Verantwortung für eine Vielzahl auftretender Sprachstörungen, aus. Zahlenmäßig und gemessen an ihrem Einfluss auf das deutsche Sprachheilwesen, sowohl historisch als auch zeitaktuell, sind sie in ihrer Bedeutung mit den beiden anderen Gruppierungen allerdings nur schwer vergleichbar. Im Einfluss auf die fachwissenschaftlichen Aspekte der Betrachtung spezifischer Sprachstörungen und ihrer Behandlung war und ist ihre Bedeutung jedoch im Einzelfall herausragend. In dieser Arbeit finden die erwähnten Berufsgruppen jedoch keine Berücksichtigung, da die Entwicklung des Sprachheilsystems und nicht die Betrachtung spezifischer sprachtherapeutischer Fragestellungen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht.

Wie erwähnt finden ausschließlich dokumentierte und bibliographisch erfassbare schriftliche Zeugnisse der Entwicklung des außerschulische Sprachheilwesens Beachtung und Verwertung. Das subjektive Erleben des geschichtlichen Ablaufes oder einzelner Ereignisse des Zeitgeschehens können manches des hier Beschriebenen möglicherweise als unvollständig oder einseitig geschildert erscheinen lassen. Eine umfangreiche Darstellung des Entwicklungsverlaufes der klinisch-therapeutischen Sprachförderung und -rehabilitation in Deutschland wird mit der vorliegenden Arbeit erstmals versucht. Vertiefende und ergänzende Arbeiten, die das weitere Verständnis von Zusammenhängen ermöglichen, können und sollten dazu beitragen, die Vielfalt der Perspektive mit der die geschilderten Abläufe betrachtet werden zu ergänzen. In diesem Sinne mögen subjektive Fehlinterpretationen in der Darstellung nachgesehen werden.

3. Von den Anfängen der Sprachheilpädagogik bis 1945

3.1 Die historische Faktenlage

Die Anfänge der Sprachheilpädagogik und der Sprachtherapie in Deutschland gehen bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. Neben anderen führten Albert Gutzmann, Taubstummenlehrer und Schulrat, und sein Sohn Hermann, Mediziner und Hochschullehrer, in Berlin Heilkurse für sprachauffällige Schulkinder durch. Die Kurse fanden außerhalb der Unterrichtszeit, in einer zentral gelegenen Schule des Schulbezirks statt. Daneben existierten aber noch andere Formen der Sprachtherapie: „Er selbst [Albert Gutzmann, V.M.] praktizierte nicht in Form von Schülerkursen, sondern ‚privat' in seiner Funktion als Taubstummenlehrer" (Dupuis 1983, 275). Die Vergütung für ihre pädagogische und therapeutische Tätigkeit erhielten Albert und Hermann Gutzmann von der Preußischen Schulbehörde sowie durch Privatliquidation. Bis 1892 behandelten A. und H. Gutzmann ca. 1000 Klienten, und H. Gutzmann therapierte von 1892 – 1898 über 600 vorwiegend stotternde Menschen als „Privatfälle" (Hansen 1929, 61).

In der Literatur, die die historischen Wurzeln der Sprachbehindertenpädagogik betrachtet findet sich häufig die Aussage, die Geschichte der Rehabilitation Sprachbehinderter beginne mit der Einrichtung von öffentlichen Sprachheilkursen. Dies waren nach Gutzmannschem Vorbild im Anschluss oder parallel zum Schulbesuch angebotene Kurse, vorwiegend zur Behandlung des Stotterns, die in einem Umfang von ca. 100 Stunden innerhalb eines halben Jahres, mit einem Dutzend Betroffener in einer Schule des Bezirkes durchgeführt wurden (vgl. Becker/Sovak 1979, Orthmann 1982, Wulff 1956b). Der Auffassung, staatliche Sprachheilkurse hätten am Anfang der Fachgeschichte gestanden, widerspricht vereinzelt neuere Literatur: „… obwohl die ersten sprachtherapeutischen Einrichtungen **private** Sprachheil-Institute waren, die bereits schon ambulant, teilstationär und stationär arbeiteten" (Braun 1983, 20). In einer Untersuchung über die Anfänge des Sprachheilwesens in Hamburg – neben Berlin und Halle eines der Zentren sprachheilpädagogischer Arbeit um die Jahrhundertwende – in der heißt es: „Anders als in Preußen, wo die Fürsorge für die sprachgebrechliche Jugend zur Aufgabe der Gesundheitsbehörden und Schulverwaltungen gemacht wurde, war in Hamburg die **private** Initiative erforderlich“ [Hervorhebungen V.M.] (Teumer 1995a, 150).

Die Schwächen der außerschulischen Behandlungskonzepte jener Zeit, gleichgültig ob privat oder staatlich organisiert, traten jedoch bald zu Tage. „Angesichts der allzu kärglich bemessenen Zeit im Heilkursus und der fehlenden (schulischen) Erziehungsrahmung (...) soll der Heillehrer auch der Klassenlehrer der stotternden Kinder sein“ (Bruhn 1891, 84, zit. n. Orthmann 1982, 79). Der Aufbau von Sprachheilschulen begann.
Diese Phase der ‚Ablösung‘ und des institutionellen Wandels vom Sprachkurs zur Sprachheilschule, wurde begleitet von dem Bemühen der dort tätigen Lehrer Zusammenschlüsse zu bilden. Schon 1891 bildete sich eine „Rheinisch-Westfälische Sprachheillehrer-Vereinigung“ und 1894 ein „Schleswig-Holsteinischer Verein zur Bekämpfung von Sprachstörungen unter der Schuljugend“ (Dohse 1978,5; Dupuis 1983, 276). Eine Initiative zur Vereinigung der im Sprachheilwesen aktiven Kollegen war in Antragsform auf der Deutschen Lehrerversammlung 1902 in Chemnitz dennoch gescheitert. Am 3. Juni 1925 wurde in Hamburg von dort versammelten Fachpädagogen aus Berlin, Bremen, Halle, Jena, Hannover und Hamburg dann der Entschluss zur Bildung „einer eigenständigen, überwiegend pädagogisch orientierten Vereinigung“ (Dohse 1978, 5) gefasst und der erneute Versuch zur Gründung eines Zusammenschlusses war am Rande der Tagung des „Bundes Deutscher Taubstummenlehrer“ im Jahre 1927 erfolgreich (vgl. Dohse 1978, Wulff, J. 1956 b).

Am 7. Juni 1927 wurde in Hamburg die „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ gegründet. Folgt man dem Chronisten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik anlässlich des 50jährigen Bestehens dieses Verbandes, so erscheinen die Gründe für den langen Weg bis zur Vereinsgründung einleuchtend: „Die notwendigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Zusammenschluß der Sprachheillehrer ergaben sich indessen erst durch die nach der Jahrhundertwende fortschreitende Ablösung der Kurse für sprachkranke Kinder durch Sonderklassen“ (Dohse 1978, 5).

3.1.1 Sprachheilkurs und Sprachheilschule

Sprachheilkurse wurden erstmals 1883 in Braunschweig eingeführt und prägten „... über ein viertel Jahrhundert das frühe Sprachheilwesen in Deutschland“ (Orthmann 1982, 79). Sie fanden überwiegend außerhalb der Schule und der Schulzeit statt. In den Kursen wurden stotternde Schüler nach der Methode des Taubstummenlehrers Albert Gutzmann therapiert, die dieser 1879 vorgestellt hatte und die auf der zwei Jahre zuvor von dem Mediziner Adolf Kussmaul verfassten Theorie des Stotterns als einer spastischen Koordinationsneurose und einer reizbaren Schwäche im syllabären Sprachzentrum basierte (vgl. Dupuis 1983, 274 f.).
Die außerhalb der Sprachheilschule angesiedelten Sprachheilkurse können als die Grundpfeiler des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes für Sprachheilpädagogen in Deutschland angesehen werden.
Es ist nicht unproblematisch, einen modernen Terminus auf eine historisch zurückliegende Organisationsstruktur wie die ‚Sprachheilkurse' anzuwenden. Zur Verdeutlichung des mit dem Begriff des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes verbundenen Verständnisses, wie es in dieser Arbeit verwendet wird, ist daher eine Erläuterung notwendig.

3.1.1.1 Exkurs: Zum Begriff ‚klinisch-therapeutisches Handlungsfeld'

Diese Arbeit betrachtet die sprachtherapeutische Förderung und Rehabilitation sprachauffälliger Kinder, Jugendlicher und Erwachsener, so wie sie außerhalb des schulischen Organisationsrahmens stattfindet. Im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld sind unterschiedliche Personen und Gruppierungen aktiv: sprachauffällige Menschen, deren Bezugspersonen, Betroffenenverbände, die Gesetzliche Krankenversicherung, Kultus- und Sozialbehörden, verschiedene sprachtherapeutische Berufsgruppen sowie weitere Interessensgruppen. Auf die beiden größten sprachtherapeutischen Berufsgruppen, die Logopäden und die Sprachheilpädagogen bezogen wird festgestellt, dass das Spektrum der Handlungsfelder in Sprachheilpädagogik und Logopädie folgende Schwerpunkte umfasst:

„- Diagnostik, Prävention und Evaluation,
- Beratung, Therapie und Rehabilitation,
- Bildung, Unterricht und Erziehung“ (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000, 39).

Die Handlungsfelder Bildung, Unterricht und Erziehung sollen nicht betrachtet werden, da sie nicht den klinisch-therapeutischen Teil der Sprachförderung umfassen. So wird auch von Kobi, der den Begriff des ‚Klinischen Unterrichts’ geprägt hat (vgl. Kobi 1980), darunter verstanden, dass die Förderung von Grundtechniken wie Lernen, Schreiben, Zeichnen, Umgang mit Mengen und Zahlen mit Basisfunktionen zu verbinden seien (vgl. Kerkhoff 1992, 352). Diese Verbindung findet im Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung nicht statt.

Auf die verschiedenen Handlungsfelder klinisch-therapeutischer Sprachförderung und -rehabilitation verweisen ebenfalls Borbonus/Maihack: „Traditionell liegen die Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen und Logopäden im schulischen Arbeitsfeld sowie im vorschulischen/klinischen Bereich“ (Borbonus/Maihack 2000, 237).

Zu den Aufgaben im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld wird die Prävention, die Beratung, die Diagnostik sowie die eigentliche Sprachtherapie gezählt. Im Anschluss an diese Benennung der Tätigkeitsschwerpunkte werden Formen der Sprachtherapie vorgestellt: „Sprachtherapie findet – außerhalb von Schulen – an unterschiedlichen Förderorten mit unterschiedlichen Förderinhalten und differierenden Förderkonzepten statt. ... Die verbreitetsten Therapieformen sind

- **Einzeltherapie:** In 30-, 45- oder 60- minütigen Settings, die in Abhängigkeit von der individuellen Therapiesituation einmal oder mehrmals pro Woche stattfinden können, werden im unmittelbaren Eins-zu-Eins Kontakt zwischen Patient und Therapeut störungsspezifische Fördermaßnahmen durchgeführt.

- **Gruppentherapie:** In einer Gruppe von 3-6 Patienten mit vergleichbaren Störungsbildern und Leistungsniveaus werden, analog der Rahmenbedingungen bei Einzeltherapien, unter verstärkt kommunikativen und gruppendynamischen Aspekten Therapiemaßnahmen von einem oder mehreren Sprachtherapeuten durchgeführt (Aphasietherapie, Stottertherapie, Myofunktionelle Therapie).
- **Intensivtherapie:** In einem festgelegten Zeitraum werden, z.T. mehrmals täglich, sprachtherapeutische (Rehabilitations-) Maßnahmen durchgeführt.
- **Intervalltherapie:** In Abständen von mehreren Monaten oder Wochen werden einzelnen Patienten oder einer Patientengruppe Intensivtherapien angeboten.

Es gibt darüber hinaus stationäre, teil-stationäre oder ambulante Therapie, integrative Therapiekonzepte, interdisziplinäre Förderverbunde und vieles mehr. Diese Angebotsvielfalt repräsentiert die individuumspezifisch wählbare Form der Förderung. Ebenso aber spiegelt diese Varianz der Therapieformen, den diesen Konzepten jeweils zugrundeliegenden Krankheits-, Störungs- und Therapiebegriffe wider“ (Borbonus/Maihack 2000, 243).

Neben den **Formen** der Sprachtherapie wie sie üblicherweise durchgeführt wird, sind die **Organisationsstrukturen** zu beachten in denen klinisch-therapeutische Sprachförderung stattfindet. Die sprachtherapeutischen Förder- und Therapieorte unterscheiden sich in der Konzeption und in der Größe zum Teil erheblich. Der Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit reicht bis in das Jahr 1990 hinein. Zu dieser Zeit gab es beispielsweise die ersten Schwerpunktkliniken (‚Stroke Units’) für akute Schlaganfallopfer mit aphasischen Sprachstörungen, in denen Sprachtherapeuten unmittelbar nach dem Insult bereits erste sprachliche Rehabilitationsversuche mit den Patienten unternahmen. Im Unterschied dazu war zur Zeit der Heilkursusperiode zum Ende des 19. Jahrhunderts es gerade gelungen, durch die Erkenntnisse von Broca oder Wernicke zu verhindern, dass aphasische Patienten in die bestehenden ‚Idiotenanstalten’ eingewiesen wurden. Ein Beleg für die Entwicklung, die allein in diesem Handlungsfeld stattgefunden hat.

Die weiter fortgeschrittene Diversifikation sprachtherapeutischer Organisationsformen im klinisch-therapeutischen Bereich umfasst zum Ende des zwanzigsten Jahrhunderts folgende Einrichtungen und Versorgungsformen:

- **Förderzentren/Frühförderstellen** betreuen vorwiegend mehrfachbehinderte oder entwicklungsverzögerte Kinder ab dem 1. Lebensjahr in interdisziplinären Therapeuten- und Beratungsteams. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpädagogen und Sprachtherapeuten erarbeiten dort mit den beteiligten Eltern und Ärzten ein individualisiertes Förderkonzept. Die Kinder werden mehrmals wöchentlich in der Einrichtung, in Abhängigkeit von der Behinderungsart, dem Lebensalter und den vorliegenden organisatorischen Rahmenbedingungen, betreut.
- **Sonderkindergärten** nehmen vor allem mehrfachbehinderte Kinder auf, die ganztägig therapeutisch und pflegerisch versorgt werden. Zu den Aufgaben des Sprachtherapeuten im Sonderkindergarten gehört neben den sprachfördernden Maßnahmen die Unterstützung und Anbildung von Kau- und Schluckleistungen ebenso, wie im Einzelfall die Erarbeitung von Konzepten zur Unterstützten Kommunikation.
- **Integrative Kindergärten** fördern die Entwicklung behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder durch die organisierte Form gemeinsamen Spiels und sozialen Lernens mit nicht-behinderten Kindern in der Kindergartengruppe. Neben Maßnahmen der Einzelförderung durch den fest angestellten oder dort ambulant tätigen Sprachtherapeuten bilden Beratungsangebote für das Erzieherinnenteam und die Elternschaft einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt.
- **Sprachtherapeutische Praxen** stellen seit Anfang der 90er Jahre den überwiegenden Teil der logopädischen Versorgung in Deutschland sicher. Die von der Gesetzlichen Krankenversicherung nach einem normierten Verfahren zugelassenen Praxen (vgl. Kapitel 7) versorgen Menschen mit

Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörungen aller Altersgruppen und aller Schweregrade.

- In **Akutkliniken** tätige Sprachtherapeuten behandeln vorwiegend neurologisch erkrankte Patienten (Aphasien, Dysphagien, Dysarthrophonien, Sprechapraxien, orofaciale Dyspraxien) und sind an der Differentialdiagnostik beteiligt. Daneben gehört die prä- und postoperative Behandlung bei Laryngektomien, LKG-Spalten sowie bei Dysphonien unterschiedlicher Genese zum Arbeitsfeld der Sprachtherapeuten in Krankenhäusern.
- **Rehabilitationskliniken** betreuen Patienten im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AHB-Maßnahme) nach der Akutphase einer Erkrankung mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins Berufsleben oder zur Vermeidung und Verbesserung langdauernder Schädigungen. Verschiedene fachliche, grunderkrankungsspezifische Schwerpunktsetzungen von Rehabilitationskliniken (Kinder- und Jugendrehabilitation, Apallikerzentren, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen) dokumentieren die Differenziertheit des therapeutischen Angebotes.
- als **Sonstige Einrichtungen** sollten Forschungs-, Therapie- und Beratungsstellen der Universitäten, Kliniken oder Logopädenlehranstalten, pädaudiologische Beratungsstellen, Beratungsstellen an Sonderschulen, die ebenfalls für Vorschulkinder zur Verfügung stehen, Altenkrankenhäuser und -heime, ärztliche Praxen, Zentren für Patienten mit Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten oder Cochlear-Implants, und andere erwähnt werden (vgl. Borbonus/Maihack 2000, 246f.).

Die klinisch-therapeutischen Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen haben sich im Verlauf der zurückliegenden Jahre erheblich verändert und an Umfang zugenommen. Für den Untersuchungsbereich dieser Arbeit soll deutlich sein, dass unter einem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld verstanden wird, dass dort Sprachtherapie an einer der genannten Institutions- und Organisationsformen angeboten wird und stattfindet (zum ‚Sprachtherapiebegriff' s. Kapitel 3.3.4.1).

3.1.1.2 Ökonomische Aspekte der therapeutischen Arbeit im Sprachheilkurs

In wenigen Jahren war eine erhebliche Anzahl von Hilfsschullehrern in den Berliner Ausbildungskursen Albert Gutzmanns, die dieser gemeinsam mit seinem Sohn, dem Arzt Hermann Gutzmann, durchführte, mit seiner Methode vertraut gemacht worden – 1889 nahmen 26 Lehrer, 1891 schon 115 und 1893 bereits 230 Pädagogen am Kursus teil. Diese Pädagogen setzten die therapeutischen Bemühungen zur Behandlung des Stotterns mit Unterstützung der Preußischen Schulbehörde an ihren jeweiligen Dienststellen fort (vgl. Dupuis 1983, 276).

Ein Grund für den regen Zuspruch, den die Gutzmannschen Kurse erfuhren, ist in der besseren Honorierung solcher sprachheilpädagogischer Arbeit im Vergleich zu ‚normaler' Lehrertätigkeit zu sehen. „Bei einer durchschnittlichen Kursdauer von 12 – 13 Wochen kann sich ein Lehrer bei sechs Wochenstunden ca. 150,- Mark zu seinem regulären Gehalt hinzuverdienen" (Kolonko/Krämer 1992, 37). Der durchschnittliche Stundenlohn betrug „... umgerechnet für eine Stunde 2 Mark" (Dupuis 1983, 275) und war damit zusätzlich zum Lehrergehalt ca. zehnmal so hoch wie der Stundenlohn eines Bauarbeiters zu der damaligen Zeit. Auf diesen Motivationshintergrund, neben der Fürsorge für die betroffenen Schüler, weist auch H. Gutzmann sen. hin: „Da die Lehrer, welche zu den Kursen in Berlin kommandiert worden waren, naturgemäß für die Kursstunden eine besondere Bezahlung erhielten, und dies in manchen Fällen den Neid ihrer Kollegen erregte, ..." (Gutzmann, H. sen., 1914, 55, zit. n. Kolonko/Krämer 1992).
Der ökonomische Aspekt bei der Förderung sprachkranker Menschen am Ende des 19. Jahrhunderts führt offensichtlich zu Interessenskonflikten: „... in einigen Großstädten [kam es] auf dem Gebiet privater Sprachbehandlung ebenso wie bei privaten Kursen und Einzelstunden in Stimmbildung und Sprechtechnik zu Konkurrenzkämpfen um solvente Klienten" (Dupuis 1983, 276).
Zu den ökonomischen Möglichkeiten, die die Sprachheilarbeit in der Frühzeit bot, stellt Stürzbecher beispielhaft fest: „Über die wirtschaftlichen Verhältnisse Hermann Gutzmanns sind wir in Einzelheiten nicht orientiert. Es hat den Anschein, daß ‚die

Privatpraxis' so viel abgeworfen hat, daß eine standesgemäße Existenz für ihn und seine Familie in der als nicht billig geltenden Reichshauptstadt möglich war" (Stürzbecher 1994, 30). Im Jahre 1923 musste jedoch, ein Jahr nach dem Tod Gutzmanns „... dieses Ambulatorium schließen, weil die Patienten die Honorare nicht mehr zahlen konnten und schließlich völlig ausblieben" (Gross 1994, 2).

Die erworbene Kompetenz zur Behandlung von Sprachstörungen hebt den so fortgebildeten Lehrer aus seiner Berufsgruppe heraus und: „diesen für die Besoldungsstruktur maßgebenden Faktor bemerkte Hamburg schon von Anfang an und nahm im Rahmen einer durch Fachprüfkräfte erweiterten Mittelschullehrerprüfung eine Höhereinstufung vor" (Orthmann 1982, 82). Dem Beispiel folgten später andere Städte und Schulbehörden.

Pekuniäre Interessen bildeten, neben den fachlichen, eine Triebfeder für die Konstituierung und den folgenden Ausbau des deutschen Sprachheilwesens. Die Einbeziehung der Sprachheilkurse (von der externen Durchführung außerhalb der Unterrichtszeit der Schule), in den Unterricht der 1901 (Barmen) und 1910 (Halle a.S.) erstmals gebildeten Elementarklassen, dem Grundstein der Sprachheilschule, sicherte Statusgewinn und finanzielles Zubrot für die Sprachheillehrer.

3.1.2 Organisationsformen und Organisatoren der Sprachtherapie

Die erste „voll ausgebaute Sprachheilschule" (Dupuis 1983, 281) nahm 1921 in Hamburg ihre Arbeit auf. Der Übergang von den nicht-schulischen Sprachheilkursen zu schulischer Förderung sprachauffälliger Kinder ist wesentlich durch die inkonstanten Erfolge der Gutzmannschen Therapiekonzeption geprägt. Orthmann führt verschiedene Gründe an, die zum Niedergang der Kursarbeit geführt haben und betont neben organisatorischen Mängeln, reduzierter Mitarbeit des Elternhauses, fehlender Früherfassung und unzureichender Differentialdiagnostik vor allem das ‚pattern-drill-Verständnis' von Sprechübungen durch die ausgebildeten Kursleiter sowie die fehlende Stabilität des Therapieerfolges in Spontansprach- Situationen (vgl. Orthmann 1982, 77 ff).

Dennoch verlief die Einführung von Sprachheilschulen nicht einmütig und systematisch. Auch die Heilkurse fanden kein plötzliches Ende. Das von Hansen 1929 vorgelegte Zahlenmaterial dokumentiert zum Zeitpunkt des 1.09.1928 das Angebot und die Durchführung von Sprachheilkursen in 95 Städten und Gemeinden mit mehr als 40.000 Einwohnern, die Existenz von Sprachheilschulen weist er lediglich für 4 Städte und 14 Gemeinden nach (Hansen 1929, 28 ff).
„Von dem vielzitierten Ende der Heilkursphase zu Beginn des Jahrhunderts und ihrem Ersatz durch die sonderschulische Arbeit mit Sprachbehinderten ab 1910, dem Datum der ersten Gründung dieser Einrichtungsart in Halle, kann also keine Rede sein“ (Holtz 1984, 46).
Wie ausgeprägt jedoch das Interesse der Sprachheillehrer war, die Schule in das Zentrum der sprachheilpädagogischen Arbeit zu rücken, verdeutlicht eine Forderung der gerade gegründeten „Arbeitsgemeinschaft“ vom 9. Juni 1927, in der es heißt: „Zugleich wird im Rahmen eines heilpädagogischen Gesetzes die Zwangsbeschulung sprachkranker Kinder gefordert“ (Dohse 1978, 6).

Die Förderung und Behandlung Sprachbehinderter lag nicht allein in der Hand von Sonderpädagogen, v.a. Taubstummenlehrern. Sie war ebenfalls für „... berufserfahrene Linguisten, Musikwissenschaftler, Psychologen, Pädagogen und Ärzte aus aller Welt“ von Interesse (Heese 1954, 81, zit. n. Dupuis 1983, 278). Diese Berufsgruppen besuchten ebenso wie Studenten der genannten Fachrichtungen die seit 1905 an der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität durchgeführten Vorlesungen des Mediziners Hermann Gutzmann. Dieser hatte sich 1905 habilitiert, „... die Sprachheilkunde als Lehrfach eingeführt“ (Becker/Sovak 1979, 33) und mit seiner Antrittsvorlesung über „Die Sprachstörungen als Gegenstand des klinischen Unterrichts“ die Notwendigkeit der Integration von Medizin und Pädagogik zu begründen versucht. Dies war sein Anliegen, und so trug die seit 1891 von ihm und seinem Vater Albert herausgegebene „Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde“ in ihrem Titel die programmatische Aussage, dass Sprachheilkunde **zugleich** Auf-

gabe von Medizin und Pädagogik sei. Vertreter beider Professionen waren auch die Hauptadressaten sowohl der Zeitschrift als auch der Gutzmannschen Ausbildungskurse. So weisen Vater und Sohn Gutzmann auf folgendes hin: „Der nächste Lehrkursus über Sprachstörungen für Ärzte **und** Lehrer findet vom 16. November bis zum 12. Dezember statt. Meldungen dazu sind an die Herausgeber dieser Zeitschrift zu richten [Hervorhebung V.M.]“ (A. und H. Gutzmann 1891, 360). Sie sahen ebenso ihr Behandlungsziel eindeutig unter einer funktionstherapeutischen **und** pädagogischen Perspektive, wenn formuliert wurde: „... die Bewegung, für die wir kämpfen [ist]: den stotternden Kindern überall eine normale Sprache zu geben, sie zu tüchtigen, brauchbaren und mit a n d e r e n g l e i c h w e r t h i g e n Menschen heranzuziehen“ (A. und H. Gutzmann 1891, 361). Ein knappes Jahrhundert später wird das Nebeneinander von Pädagogik und Medizin unter der Konzeption der beiden ‚Gutzmänner’ folgendermaßen bewertet: „Pädagogische, psychologische, physiologische und pathologische Auffassungen der Sprachstörungen waren bei A. Gutzmann und H. Gutzmann sen. noch zu einer einmaligen Synthese verarbeitet worden“ (Dupuis, 1983, 278).
Bis 1912 hat die Monatsschrift Bestand. Die ab 1913 von dem Hamburger Phonetiker Panconcelli-Calcia herausgegebene Zeitschrift „VOX“ verlagert den Schwerpunkt auf eher phonetische Themen. Dennoch legte auch Panconcelli-Calcia, seit 1910 erster Leiter des Hamburger „Phonetischen Laboratoriums“, großen Wert auf die enge Zusammenarbeit mit Sprachheilpädagogen. So war es selbstverständlich, dass „... dieses Institut schon zwei Jahre nach seiner Gründung ein wichtiger Faktor in der Ausbildung von Sprachheillehrern wurde“ (Landahl 1960, 10).

Sprachrehabilitation fand auch in Folge der zunehmend sich etablierenden Sprachheilschulen, niemals nur dort statt, weil „...Sprachheilschulen ‚gleich hochstämmigen Bäumen spärlich verstreut zwischen dem niedrigen Buschwerk der Kursuseinrichtungen’ standen“ (Hansen 1929, zit. n. Wiechmann 1965, 18). Zwar gab es entsprechend der „Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“ aus dem Jahre 1924 keinen gesetzlichen Anspruch auf Förderung oder Therapie bei Sprachstörungen, da diese jeweils nur im Zusammenhang mit Hörschäden als der Fürsorge bedürftig angesehen wurden. Ein außer-schulisches Angebot zur Therapie von Sprach- und Sprechstörungen existierte gleichwohl, und der Zugang zu diesem wurde unterschiedlich geregelt.

Desweiteren existierten stationäre Einrichtungen für Sprachgestörte. Bereits 1896 hatte Hermann Gutzmann sen. in Berlin-Zehlendorf eine Heilanstalt für Sprachkranke gegründet, die 12 Betten umfasste und wo für 200 Mark Pension pro Monat Sprachleidende Hilfe suchen konnten (vgl. Stürzbecher 1994, 27). Zur Entwicklung der Ambulatorien für Stimm- und Sprachkranke in Berlin stellt Gutzmann fest: „Wir hatten 1930 in der Charite bei ca. 600-700 Patienten p.a. 7-9 Hilfskräfte...“ (Gutzmann H. jun. 1957, 21).

Der langjährige 1. Vorsitzende und das Gründungsmitglied der 1953 wieder gebildeten „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“, Rektor Johannes Wulff aus Hamburg, hat beispielsweise noch 1938 die „Prüfung für freiberufliche Sprechlehrer“ vor dem Deutschen Ausschuss für Sprechkunde und Sprecherziehung abgelegt und erhielt dafür anlässlich seines 60. Geburtstages im Jahre 1962 den ‚Ehrentitel’ verliehen „Allround-Logopäde“ (Leites/Leites 1962, 162).

*Die Sprachheilpädagogik/Sprachtherapie in Deutschland stellte bis 1933 stets ein Arbeits- und Diskussionsfeld für sprachheilpädagogische Lehrer und für sprachheilpädagogische Therapeuten dar. Sie fand in schulischen Institutionen ebenso statt wie in außerschulischen Einrichtungen. In differierenden Förderkonzepten wurden Hilfen für sprachauffällige, meist stotternde Kinder, Jugendliche und Erwachsene angeboten. Die Geschichte der Sprachheilpädagogik von den Anfängen bis 1933 als eine Geschichte der Sprachheil-**schul**-pädagogik bezeichnen zu wollen (vgl. Dirnberger 1973), wäre unhistorisch.*

3.1.3 Sprachheilpädagogik während des Nationalsozialismus

Am 6. Juni 1933, fast auf den Tag genau sechs Jahre nach ihrer Gründung, wurde die „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ aufgelöst und in den „Nationalsozialistischen Lehrerbund“ (NSLB), Fachschaft V (Sonderschulen), überführt.

Nicht aufgelöst wurde hingegen die „Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde“. Deren Vorsitzender Hermann Gutzmann jun. war Arzt wie sein Vater und ebenfalls mit der deutschen Sprachheilpädagogik eng verbunden. Seine zweite Ehefrau Luise war Sprachheilpädagogin, und er selber seit den zwanziger Jahren in der Sprachheilpädagogenausbildung aktiv („Im Wintersemester 1928/29 habe ich in Halle/Saale ... für Sprachheilpädagogen über Sprachstörungen gelesen“, Gutzmann zit. n. Stürzbecher 1994, 35). Darüber hinaus beriet er über lange Jahre als Schulfürsorgefacharzt Berliner Sprachheilschulen (vgl. Stürzbecher 1994, 41). Bedeutsam sollte Gutzmann jun. besonders für die Entwicklung der Logopädie in Deutschland werden, da er der Begründer und Leiter der ersten Logopädenschule in Berlin im Jahre 1962 wurde.

In Übereinstimmung mit der Ideologie der nationalsozialistischen Machthaber in Deutschland, legte er jedoch bedrückende Ansichten zum Umgang mit Sprachgestörten dar: „Denn während wohl niemandem einfallen wird, wegen Stotterns einen Antrag auf Sterilisation zu stellen, wird man beim Stammeln in besonderen Fällen wegen Schwachsinns eine dahingehende Anordnung treffen müssen“ (Gutzmann, H. jun. 1939, zit. n. Kolonko/Krämer 1992, 55). Noch deutlicher hatte sich Gutzmann H. jun. bereits 1934 geäußert. Ein Jahr zuvor übernahm er die Leitung des Berliner Ambulatoriums für Stimm- und Sprachstörungen, das sein Vater gegründet hatte und das nach dessen Tod von dem Phoniater Flatau geführt worden war. Flatau hatte seinen Posten allerdings nicht freiwillig geräumt, sondern musste dies wegen seiner jüdischen Abstammung tun. Im Oktober 1934 erklärt Gutzmann H. jun: „Als eine ganz wichtige Aufgabe des Ambulatoriums erscheint ... die Beobachtung und Auslese derjenigen Kranken, bei denen es sich um Erkrankungen im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses handelt. Bei einem Teil muß sicher später auf Sterilisation gedrungen werden“ (Gutzmann H. jun. zit. n. Becker/Braun 2000, 26). Selbstverständlich stand er mit seiner ideologisch motivierten Menschenverachtung nicht alleine dar. Steiniger, Mitarbeiter im Erbwissenschaftlichen Forschungsinstitut des Gesundheitsamtes in Berlin, hatte diverse Sprachheilschulen besucht und resümiert 1942: „Wir können uns also der Erkenntnis nicht verschließen, dass es sich bei den zum Sprachheilunterricht führenden Sprachleiden der Mehrzahl nach um Erbfehler handelt“ und fragt dann, ob es „... als angebracht erscheint, besonderen Wert auf die erschwerte Erziehung von Kindern zu legen, die zum großen Teil mit Erbkrankheiten behaftet sind“ (Steiniger zit. n. Becker/Braun 2000, 28). Mit der Dokumentation solcher Auffassungen wird die Einschätzung Orthmanns aus dem Jahre 1982 – unter Berufung auf eben den Erbwissenschaftler Steiniger – relativiert, wenn er vermutet: „Man sah offiziell in der Sprachheilerziehung eine geduldete Maßnahme, da die ‚häufigen Sprachfehler keine schwerwiegenden Fehler mit sich bringen und für eine Ausmerzung durch Sterilisierung nicht in Betracht gezogen werden’ (Steiniger, 1942, 4)“ (Orthmann 1982, 83).

Die ideologische Position von Hermann Gutzmann jun. war gefestigt und er behauptete die Unwahrheit, wenn er als Antwort auf seine Entlassung aus den Diensten der Universität im Jahre 1945 schrieb: „...[hat] mein Vorleben und sonstige Haltung mich in keiner Weise als Nationalsozialist herausgestellt“ (Gutzmann H. jun. zit. n. Stürzbecher 1994, 42). Er war bereits am 1.5.1933 in die NSDAP eingetreten, war am 25.11.1933 dem NS-Lehrerbund beigetreten (erst 1936 dem NS-Ärztebund) und hatte unter anderem als Blockwart seinen Parteidienst versehen (vgl. Stürzbecher 1994, 38f.). Dieses hatte er ‚vergessen’, wenn er 1945 schrieb: „Mein Eintritt in die Partei nach 1933, also nach der Machtaneignung, hatte andere Motive, als die einer Überzeugung, noch sprachen materielle Hintergründe ... und [ich] kannte in dieser Beziehung keine rassischen Gesetze“ (Gutzmann zit. n. Stürzbecher 1994, 42).

Eine ausführlichere Darstellung der Geschichte der Sprachheilpädagogik während der nationalsozialistischen Diktatur unter differierenden Betrachtungswinkeln findet sich bei verschiedenen Autoren (Holtz 1984, Kolonko/Krämer 1992, Teumer 1993b,

Becker/Braun 2000). Es ist der Verdienst von Axel Holtz, fast 40 Jahre nach Kriegsende, als einer der ersten Sprachheilpädagogen engagiert, gestützt auf zuverlässige Quellen und analytisch präzise die Rolle der ‚Sprachkrankenpädagogik' zwischen 1933 und 1945 betrachtet und der Fachöffentlichkeit bewusst gemacht zu haben (Holtz 1984). Die Forschungsarbeiten von Kolonko und Krämer (1993) haben weitere Aspekte eröffnet und Zusammenhänge fachgeschichtlich dargestellt. Becker/Braun konnten bislang unveröffentlichte Quellen zugänglich machen und dadurch wertvolle Fakten bereitstellen (vgl. Becker/Braun 2000). Die Verantwortung sprachheilpädagogischer Theorie und Praxis während des Nationalsozialismus wird von diesen Autoren zu Recht kritisch hinterfragt.
Die Lebensläufe der Menschen, die die deutsche Sprachheilpädagogik geprägt haben, verlieren sich aber dennoch bis heute oftmals im Dunkel der Zeit von 1933-1945. Jüngste Arbeiten decken Verantwortungen und geistige Mittäterschaften Einzelner auf (vgl. Hauschild 2000, 116ff; Becker/Braun 2000, 25 ff). Die Frage, „...auf welche Weise Fachpädagogen Teil des menschenverachtenden Systems wurden?" (Teumer 1993, 278), bleibt.

3.2 Positionen und Paradigmen

Die Einrichtung von Sprachheilschulen und Sprachheilkursen war nicht unumstritten, und einige der in der frühen Diskussion verwendeten Argumente belegen eine die Zeit überdauernde Problembetrachtung. Zum einen führt die Sprachheilpädagogik die Auseinandersetzung um Separation oder Integration Sprachbehinderter und ist „... durch eine sachstrukturell doppelte Hypothek (Schulpädagogik-Therapie) befrachtet" (Orthmann 1982, 84). Zum anderen erlebt sie erste Abgrenzungsdebatten gegenüber der Medizin. Darüber hinaus formuliert sie Anforderungsprofile für die Ausbildung von Sprachheilpädagogen und reflektiert vereinzelt das Verhältnis von Pädagogik zu Therapie. So durchlebt die Sprachheilpädagogik in Deutschland ihre Existenzgründungsphase in einer spannungsvollen und von unterschiedlichen Interessen und Paradigmen geprägten Gemengelage.

3.2.1 Zur Begrifflichkeit von ‚Sprachheilpädagogik' und ‚Sprachheillehrer'

Bereits die Elemente des Kompositums ‚Sprachheilpädagogik' machen die Bipolarität der Disziplin deutlich. Die Frage, ob die Adaptation des Begriffs „heil" aus der „Heil"**pädagogik** erfolgte oder eher der (medizinischen) „Heil"**kunde** entliehen ist, muss vermutlich nicht alternativ entschieden werden. Für Dupuis steht der Begriff „...zunächst für alle pädagogischen Arbeitsformen wie Sprachtherapie, Sondererziehung und -unterricht" (Dupuis 1983, 279) und der Sprachheilpädagoge Orthmann verortet die Begriffskonstruktion „...wohl kaum, ..., (in der) traditionellen Heilpädagogik", sondern in den Wurzeln des Fachs „der Heilkursusperiode, in der ihr Quellgebiet zu sehen ist" (Orthmann 1982, 83). Auf die historische Reihenfolge der Einführung und Verwendung des Begriffs weist er schon an früherer Stelle hin, wenn er feststellt: „Es konnte eigentlich von allem Anfang an kaum Zweifel daran bestehen, daß das Grundwort Pädagogik unseres Kompositums **auch** mit erziehungswissenschaftlicher Spezifität **den Raum der Sprachheilschule** füllen würde, seit die Bezeichnung Sprachheilpädagogik **auch** für den schulischen Bereich verantwortlich zeichnete" (Hervorhebungen V.M.) (Orthmann 1969a, 18f).

*Der Hinweis, dass die Bezeichnung, unter der das Fach bis heute an zahlreichen Universitäten vertreten ist, zuerst für die therapeutisch-pädagogische Arbeit im **außerschulischen** Raum verwendet und etabliert wurde, scheint häufig übersehen zu werden.*

„Sprachheillehrer" konnte sich zunächst derjenige nennen, der die vierwöchigen Ausbildungskurse bei Albert Gutzmann in Berlin durchlaufen hatte. Dies waren durch Abordnung der Schulbehörde delegierte Hilfsschullehrer, freiwillig sich meldende Volksschullehrer, aber auch Vertreter anderer Professionen, die sich zu Therapeuten ausbilden lassen wollten. „Es waren Sänger, Schauspieler, Rhetoren, Pastoren, Psychologen und Lehrer, die ein gemeinsames Interesse an der therapeutischen Arbeit zeigten" (Macha-Krau 1999, 35). Wie das Beispiel Hamburg verdeutlicht, war nicht immer die Gutzmannsche Basisqualifikation erforderlich, um für die Schulbehörde oder private Vereine als Sprachheillehrer aktiv werden zu können: „Der Verein lud im Juli 1888 alle jene Lehrer zu einer Versammlung ein, die sich zur Stotterbehandlung befähigt fühlten. Acht wurden schließlich dafür ausersehen, übrigens allesamt Autodidakten, ausschließlich Volks- bzw. Hilfsschullehrer (die auch lediglich autodidaktisch weitergebildeteVolksschullehrer waren). ... Aus Hamburg ist nicht bekannt, daß Lehrkräfte in den Genuß der Zusatzausbildung bei Gutzmann selbst gekommen wären“ (Teumer 1995a, 152).

Um so verständlicher wird daher das Bemühen der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik“ von 1927, **Leitsätze für die Ausbildung von Sprachheillehrern** zu formulieren, wenngleich der daraus gezogene Schluss, „...ein erster Ansatz zur Systematisierung der Lehrerausbildung, ..., stellt die Gründung der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik‘ dar“ (Kolonko/Krämer 1992, 24), sehr weitgehend zu sein scheint, da das Erheben dieser Forderungen nicht deren Umsetzung bedeutete. Die Motivation zur Formulierung der ‚Leitsätze‘ vermutet Orthmann auch in der Standespolitik: „Die an den wenigen Sprachheilschulen tätigen Lehrer hatten lange noch keine geregelte Ausbildung und Prüfung, auf die sich aber ein Berufsstand auch stützen muß“ (Orthmann 1982, 81).

Als ein Hinweis auf den Versuch, den Sprachheillehrern an den Sprachheilschulen ein Monopol zur Durchführung von Sprachheilbehandlungen zu schaffen, kann die 2. Forderung der „Arbeitsgemeinschaft“ gelten: „Eine wesentliche Voraussetzung für die grundsätzliche Neuordnung ist die Beseitigung der jetzigen Ausbildungskurse“ (Dohse, 1978, 6).

Der in der Fachgeschichte regelmäßig verwendete Terminus des ‚Sprachheillehrers’ kann deshalb zu Missverständnissen führen, weil er für den Zeitraum bis 1945 vielfach fälschlicherweise mit demselben semantischen Gehalt konnotiert wird, wie es dem universitär für das Lehramt an Sonderschulen für Sprachbehinderte qualifizierten Pädagogen der heutigen Zeit entspricht. Die Bezeichnung ‚Sprachheillehrer’ diente eher der Attribuierung spezifischer Tätigkeitsmerkmale unterschiedlich *grundständig qualifizierter Personen und gewinnt seine im schulpädagogischen Sinnzusammenhang verwendete fachliche Bedeutung erst in der Zeit nach 1945.*

3.3 Diskussionen und Diskurse

Trotz der Bemühungen Gutzmanns ein ‚Sowohl – als auch' von Medizin und Pädagogik zu etablieren, begannen sehr bald die Diskussionen um die Zuständigkeit bei der Behandlung von Sprach- und Stimmstörungen.

3.3.1 Verständnis und Selbstverständnis von Sprachheilpädagogik, Logopädie und Phoniatrie

Auf der im März 1929 in Halle (a.S.) erstmals stattfindenden Tagung der zwei Jahre zuvor gegründeten „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik" zu dem Tagungsthema „Das sprachkranke Kind" hielten bedeutende Vertreter von Phoniatrie und Sprachheilpädagogik Vorträge, die sich auch mit Ausbildungsfragen beschäftigten.

Der Phoniater Flatau war der grundsätzlichen Auffassung: „Der Phoniater wird gern dem Lehrer geben, was ihm gebührt. Aber er muß davon ausgehen, daß es sich in der weitaus größten Zahl der Stimm- und Sprachkranken um Patienten handelt, die eben einer Behandlung und der ärztlichen Überwachung nicht entraten können" (Flatau 1930, 67, zit. n. Kolonko/Krämer 1992, 25). Dieser Grundauffassung lässt der Präsident der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie, der Wiener Phoniater Fröschels, die Erklärung folgen, die Ausbildung der Sprachheilpädagogen sei Sache der Mediziner (vgl. Dohse 1978, 7).
Fröschels hatte wenige Jahre zuvor den Terminus „Logopädie" in das Fach eingeführt und diese als eine medizinische Disziplin verstanden. „Ihre Ausübung [war] ärztliches Hoheitsgebiet" (Motsch 1979, 330). Sie sollte die Lehre von den Erkrankungen der Sprache beschreiben, im Unterschied zur Phoniatrie, die sich mit Erkrankungen der Sing- und Sprechstimme befasste. Fröschels beklagte sich schon 1925

nachhaltig darüber, dass Logopädie an einigen Universitäten nicht an der Medizinischen Fakultät, sondern an der Philosophischen Fakultät als Lehrfach angeboten wurde (vgl. Motsch 1979, 330). Es verwundert daher nicht, dass diesem hochangesehenen Gast der Sprachheilpädagogen widersprochen wurde, wenngleich eher zaghaft, indem der Ko-Referent von Flatau, der Pädagoge Hansen, die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik betont und Zuständigkeitsbereiche in Abhängigkeit zur Störungsursache abgrenzen möchte (vgl. Dohse 1978, Kolonko/Krämer 1992).
Aus einer anderen Perspektive, nämlich von Seiten der inneren Medizin, wird hingegen Kritik an einem zu eng an phoniatrische Vorstellungen angelehnten Medizinverständnis laut. Der Internist Goldscheider nutzt 1932 das von ihm erstellte Koreferat zur Habilitationsschrift des Phoniaters Hermann Gutzmann jun. zu folgender grundsätzlichen Anmerkung: „Ich kann nicht verschweigen, daß die Arbeitsweise des Verfassers eine gewisse – zeitgemäße – Einseitigkeit erkennen läßt. Es wäre wünschenswert, daß auch Vertreter spezialistischer Fächer die Begrenzung ihrer Arbeiten nicht zu eng zögen. ... Meines Erachtens muß der akademische Vertreter eines noch so umgrenzten Gebietes den Beweis erbringen, daß er die Zusammenhänge seines Gebietes ... so weit beherrscht, um dasselbe nicht einem öden Spezialistentum verfallen zu lassen“ (Goldscheider 1932, zit. n. Stürzbecher 1994, 36).

Aus der Forderung Fröschels, Logopädie als eine ausschließliche Aufgabe der Ärzte anzusehen, eine Tatsachenbeschreibung der sprachtherapeutischen Versorgung zur damaligen Zeit abzuleiten, ist jedoch eine Überinterpretation der Quellen- und Faktenlage. Aus diesem Grunde ist der Aussage „Logopädie war eine rein medizinische Disziplin, ihre Ausübung ärztliches Tun“ (Breuer/Wedell-Schwabe 1983, 219) nicht zuzustimmen. Es war Fröschels selber, der die Übernahme der Sprachtherapie bei den von ihm untersuchten Kindern an die Lehrer dieser Kinder delegierte. Dieses Delegationsprinzip, wie Fröschels es verstand, stand im Widerspruch zum bereits damals vorhandenen Selbstverständnis der meisten Sprachheilpädagogen, es erfüllte aber „das wesentliche Kriterium der logopädischen Praxis: die Indikation des Arztes“ (Braun 1983, 17).

Dass die Logopädie nicht die Medizin als Wurzel hat, wird im Jahre 1930 vermutet. „Ihre ersten Anregungen hat die Logopädie sicherlich dem Taubstummenbildungswesen zu verdanken“ (Dirr 1930, 68, zit. n. Orthmann 1982, 72). Gemeint ist hier jedoch die Sprachheilpädagogik, deren Begründer Taubstummenlehrer waren und nicht die Logopädie im Fröschelschen Sinne. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts reichende Begriffsvermischung von Logopädie und Sprachheilpädagogik, die selbst von führenden Vertretern der beiden Richtungen lange Jahre gepflegt und betrieben wurde, durchaus üblich war.

Die synonyme Verwendung der Begriffe Logopädie und Sprachheilpädagogik war die Regel. Argumentationshilfen für die Dominanz von Sprachheilpädagogik oder Logopädie in der beschriebenen Zeit sind durch Verweise auf den verwendeten Terminus nicht abzuleiten.
Die Sprachheilpädagogik und/oder Logopädie ist im medizinischen Feld ebenso entstanden wie ihre pädagogische Herkunft unumstritten ist.

3.3.2 Positivistische und utilitaristische Tendenzen in den Anfängen des Sprachheilwesens

Erkenntnisse und ideengeschichtliche Strömungen aus der Pädagogik, Philosophie, Theologie, Psychologie, den Naturwissenschaften und der Medizin haben zur Entwicklung sprachrehabilitativer Konzepte und Methoden geführt. Den Menschen in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses zu stellen und in der Folge Verfahren zu untersuchen und zu entwickeln, die dem Individuum Mensch zugedacht waren, um sein Leben, sein Wohlbefinden, aber auch seine Utilitarität zu optimieren, sind Paradigmen des Zeitalters der Aufklärung und manifestierten sich im Nachgang zur Französischen und Industriellen Revolution in theoretischem und in praktischem Handeln. Weltanschauliche und wissenschaftliche Positionen „... in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts lassen sich schlaglichtartig mit Begriffen wie Positivismus, Voluntarismus und Individualismus kennzeichnen“ (Dupuis 1983, 270).

In der Denktradition Kants stehende positivistische Wissenschaftstheorien prägten die Konzeptbildung auch im Umgang mit Sprachstörungen und mit den davon betroffenen Menschen. Diese Denkrichtung „... in Philosophie und Wissenschaft, die nur von Tatsachen als wahrnehmbaren Sachverhalten ausgeht und sich auf deren Feststellung und Verknüpfung beschränkt“ (Dorsch 1994, 581) ist vor allem kennzeichnend für das Verständnis von Sprache und ihren Störungen, wie es die Medizin der Jahrhundertwende zu Grunde legt. Diesen Ansätzen folgen „... Mediziner wie Kußmaul, Gutzmann, Liebmann und Fröschels. Sie sind gekennzeichnet durch das Bemühen, organische Ursachen für Sprachbehinderungen zu finden“ (Kolonko/ Krämer 1992, 26). Da diese Denktradition auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts in großen Teilen der Ärzteschaft ungebrochen fortbesteht (vgl. Gross 1994, Ptok 2000, Schönweiler/Ptok 1999), kann dies als ein Beleg für die introspektive Paradigmenkonstanz der Medizin, zumindest der Phoniatrie/Pädaudiologie, gewertet werden.

Die Sprachheilpädagogik dieser Jahre kann sich diesem Einfluss nur schwer entziehen, und sie „... entwickelt keine eigenständigen Konzepte, sondern übernimmt bestehende Theorien zur Ätiologie und Therapie von Sprachbehinderung“ (Kolonko/ Krämer 1992, 26).
Zu dieser Einschätzung gelangt ebenfalls Teumer, wenn er die Akzeptanz der Gutzmannschen Methode, eines „mechanischen Drillverfahrens, [das] zu einer öden Sprechgymnastik ausgeartet“ (Hansen 1929, 39f) sei, in „dem dominierenden naturwissenschaftlich-utilitaristischen Denken dieser Zeit“ (Teumer 1995a, 155) begründet sieht.

Orthmann beleuchtet einen anderen Aspekt der Ideengeschichte seines Faches und weist auf die anthropologische Ausweitung des Sprachverständnisses durch die Rezeption Herderscher Ideen hin (vgl. Orthmann 1982, 73).

In der von Dilthey und anderen begründeten Selbständigkeit der Geisteswissenschaften gegenüber den Naturwissenschaften, deren Abkehr von monokausalen Theorien und der Hinwendung zu phänomenologische Betrachtungen integrierenden Konzepten (Hermeneutik), liegt ein Grundstein für die „paradigmatische Konkur-

renz“ (Kuhn zit. n. Solarova 1983, 9) zwischen Medizin und Sprachheilpädagogik. Durch die vereinzelte Akademisierung der Sprachheillehrerausbildung erweiterte sich das Blickfeld der Studierenden und sie erkannten Ursachengeflechte, die verantwortlich sein konnten für gestörte Sprache. „Auch brach sich die Einsicht Bahn, daß mit einer Sprachstörung weitere Beeinträchtigungen einhergehen können, deren Diagnostik und Therapie ganz neue Probleme aufwirft“ (Orthmann 1982, 82).
Eine Analyse der historischen und ideengeschichtlichen Entstehung einer Paradigmenkonkurrenz (vgl. Grohnfeldt 1984, 1990a, 1994) und deren Verlauf steht für den Bereich der Sprachheilpädagogik jedoch noch weitgehend aus.

Kursusteilnehmer, die bei Gutzmann in Berlin und später in staatlichen Ausbildungskursen Kompetenzen zur Behandlung von Sprachstörungen erwarben, kommen mit den Theorien des Berliner Philosophen Dilthey in Berührung, der „… in Weiterführung der Arbeiten Schleiermachers nun ein Interpretationsverfahren, die Hermeneutik entwickelt“ (Krüger, H.-H. 1999, 24) und damit in wissenschaftstheoretische Konkurrenz zu naturwissenschaftlichen Erklärungsansätzen tritt. „Dilthey geht es in der philosophierenden Hermeneutik darum, aus individuellen Dokumenten und Quellen das jeweils Allgemein-Menschliche, also den objektiven Geist zu erkennen“ (Kron 1999, 209). Die Pädagogik und in deren Gefolge die Sprachheilpädagogik emanzipiert sich, zumindest in Teilen, von monokausalistischen Theorieansätzen. Mit Hilfe der Hermeneutik besitzt sie das Rüstzeug, komplexere Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge von Sprachstörungen zu betrachten.

Die Bedeutung des Utilitaritätsprinzips, unter dem sich Traditionen und Ursprünge der Sprachbehindertenpädagogik subsummieren lassen, ist in der bearbeiteten Literatur unumstritten. „Das ökonomische Hilfsargument, erzieherische und schulische Förderung ließe aus behinderten Kindern später bessere Arbeitskräfte werden, setzten (und setzen heute noch) auch idealistisch gesonnene Pädagogen ein, um für ihre Anstalt und ihre Zöglinge von öffentlicher und privater Seite Unterstützung zu erhalten“ (Dupuis 1983, 270).
Einen besonderen Stellenwert erfuhr diese Betrachtung im ausgehenden 19. Jahrhundert durch die Phase der Industrialisierung, in welcher ein erheblicher Bedarf auch an

weniger qualifizierten, vor allem billigen Arbeitskräften entstand. Sie wurden für den Einsatz in der Produktion der sich ausweitenden Fabriken in Deutschland benötigt. Der eintretende Arbeitskräftemangel in den Industriezentren provozierte eine massive Landflucht Arbeit Suchender und die zu der gleichen Zeit durch pädagogische Protagonisten vermehrt auftretende Forderung nach allgemeiner Bildung und Beschulung, war daher nicht allein durch den Versuch motiviert, humanistische Bildungsideale der Volksbildung umzusetzen. Vermutlich bedeutsamer für die vermehrt einsetzenden Bildungsanstrengungen waren die Verwendbarkeit von Arbeitskräften für die fortschreitend qualifizierteren Arbeiten an technisch weiterentwickelten Fertigungssystemen. Dafür war die Beherrschung von Basiskompetenzen wie Lesen, Schreiben und Rechnen eine elementare Voraussetzung und daher rückten bildungspolitische Bemühungen in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit, die weniger humanitären als vielmehr merkantilen Interessen geschuldet waren.

Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden auch sprachauffällige Kinder in ihrer prospektiven Verwendbarkeit für den Arbeitsprozess und den Militärdienst gesehen. Die Notwendigkeit, ihnen Hilfe zuteil werden zu lassen, orientierte sich nicht primär am Wohl des sprachauffälligen Individuums, sondern vielmehr am Gemeinwohl. „Selbst der gemeine Soldat, dessen Aufgabe man wahrlich nicht in dem Vermögen zu reden sucht, kann in die Lage kommen, daß von seiner Meldung, seinem mündlichen Bericht, das Wohl und Wehe einer ganzen Armee in Frage kommt." (Gutzmann, A. 1903, 40 zit. n. Kolonko/Krämer 1992, 16).

Motivationsstiftender für die Einrichtung von Sprachheilkursen und später von Sprachheilklassen und -schulen war jedoch die drohende ‚Ansteckungsgefahr', die aus damaliger Sicht von stotternden und stammelnden Kindern für die sprechunauffälligen Schülern der Klasse ausging. Die Auffassung der potenziellen Infizierung durch Nachahmung war unumstritten. Beispielhaft für eine große Anzahl ähnlicher Aussagen ist diese: „Schwerststotternde Kinder bleiben allerdings am besten der Schule gänzlich fort, weil dieses Übel ... gern auch von anderen Kindern nachgeahmt

wird und in diesem Sinne ansteckend wirkt“ (Baginsky 1900, 186 zit. n. Kolonko/ Krämer 1993, 8 f.).
Der These von Dupuis (1983), Holtz (1984), Kolonko/Krämer (1992) und anderen, dass die primäre Motivation zur Schaffung von Sondereinrichtungen weniger in dem Versuch der Integration und Förderung der Sprachbehinderten als vielmehr in der Separation dieser Gruppe zum „Schutz“ der sprachlich unauffälligen Regelschüler erfolgte, ist daher zuzustimmen. Sprachbehinderte sollten nicht integriert, sondern separiert werden, um sie nach ihrer Heilung durch gezielte sprachtherapeutische Maßnahmen wieder in die Gesellschaft, d.h. den Regelschulbetrieb, eingliedern zu können.

Es erscheint bedeutsam, dass eine ideengeschichtliche Grundlegung der Förderung Sprachbehinderter zum einen im Aspekt der Verwertbarkeit dieser Personengruppe für den Arbeitsprozess, zum anderen in der Annahme der prinzipiellen Therapierbarkeit, respektive Heilbarkeit, der zu Grunde liegenden Sprachstörung zu sehen ist.

Die Konsequenz einer solchen Betrachtung führt unter der Herrschaft des Nationalsozialismus zu einer spezifischen Betrachtung des Verhältnisses der Sprachheilschule zu den anderen Sonderschulen: „Die Sprachheilschule nimmt unter allen Sonderschulen eine Sonderstellung ein. ... Allein die Sprachheilschule erstrebt Heilerfolge und erreicht sie auch in hohem Maße“ (Geißler 1940, 190, zit. n. Holtz 1984, 51).

3.3.3 Überlegungen zur Qualifikation von Sprachtherapeuten am Beginn des 20. Jahrhunderts

Zunehmend kritischer werdende Bewertungen der Therapieerfolge in den Heilkursen waren nicht nur handlungsleitend für die Einrichtung von Sprachheilklassen und den folgenden Sprachheilschulen, sie führten auch zu einer reflexiven Betrachtung der bestehenden und perspektivisch als notwendig erachteten Ausbildung von Sprachtherapeuten. Die Forderung nach „wissenschaftlicher Ausbildung der Sprachheillehrer“

(Dohse 1978, 6) wurde in der ersten Satzung der `Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland` zwar nur an die letzte Stelle der Vereinsziele gestellt, sie begleitete aber die standespolitische und öffentliche Diskussion um die Zukunft des Sprachheilwesens in Deutschland.

Dauerte die Qualifikation der Teilnehmer in den Ausbildungskursen von Albert und Hermann Gutzmann insgesamt nur vier Wochen „... mit täglich einer Stunde Vortrag und eineinhalb Stunden Übung“ (Orthmann 1982, 77), so wird zumindest in Hamburg ab 1914 (Kolonko/Krämer 1992, 24), ab 1927 (Dupuis 1983, 281) beziehungsweise ab 1928 (Orthmann 1983, 82), die Sekundärquellen sind uneindeutig, ein viersemestriges Universitätsstudium angeboten, das mit einer Prüfung für das Lehramt für Hör- und Sprachgestörte abschließt. Eine einheitliche Ausbildung von Sprachheilpädagogen oder eine geregelte Ergänzungsqualifikation für bereits ausgebildete Lehrer gab es in der Zeit bis 1945 nicht.

In der Forderung nach einer dreijährigen Universitätsausbildung nach abgeschlossenem Lehrerstudium, von der Motsch berichtet (Motsch 1979, 331), unterschieden sich die Pädagogen jedoch deutlich von den Medizinern, die ihrerseits glaubten, „... daß logopädische Behandlungskompetenz lediglich der Lektüre *eines* Buches bedarf“ (Motsch 1979, 330). Gemeint war ein 1937 von dem Mediziner Stein veröffentlichtes Behandlungsbuch für Stimm- und Sprachstörungen. Es wandte sich ausschließlich an Ärzte und Stein erklärte: „... jeder Arzt, der das Buch aufmerksam durchstudiert, [wird] ohne weiteres in der Lage sein, die Behandlung von Sprach- und Stimmkrankheiten einwandfrei und erfolgreich durchzuführen“ (Stein 1937, 17, zit. n. Motsch 1979, 330).
So partikular dieses Beispiel erscheinen mag, so entspricht es in seinem gedanklichen Grundmuster der phoniatrischen Sichtweise von Sprachstörungen, wie sie Fröschels in den Jahren 1912-1914 begründet hat. Die sprachauffälligen Schüler – die Hauptklientel auch in Wien, der Wirkungsstätte Fröschels – wurden in der Hals-Nasen-Ohrenklinik von Fröschels ärztlich untersucht, und die dann durch den Arzt folgende Anleitung zu therapeutischem Handeln übernahmen in Übungseinheiten

Lehrer, Krankenschwestern oder andere „aus ärztlicher Sicht paraprofessionelle Bezugspersonen der sprachgestörten Kinder und Jugendlichen“ (Braun 1983, 17).
Die bereits angesprochene Paradigmenkonkurrenz zwischen Sprachheilpädagogik und Medizin manifestierte sich deutlich in den Vorstellungen zur erforderlichen Ausbildung und ihren Trägern, wenn Fröschels 1929 die Zuständigkeit des Arztes für die Sprachheillehrerausbildung behauptet.

3.3.4 Sprachtherapie im Diskussionsfeld von Phoniatrie und Sprachheilpädagogik

Welches Therapieverständnis die an den Diskussionen zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik Beteiligten jeweils zu Grunde legten, bleibt weitgehend implizit.
Motsch problematisiert in der Fragestellung einer Arbeit von 1979 „Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft“ nach der Auflistung gängiger Übungskonzepte in der Anfangsphase des Faches und nach dem Vergleich von Sprachheilarzt und Sprachheillehrer die scheinbare Beliebigkeit, mit der sprachtherapeutische Interventionen zu pädagogischen oder medizinischen Konzeptionen erklärt werden: „Werden hier identische Maßnahmen bei Durchführung durch den Arzt zu ärztlichen Maßnahmen und bei der Durchführung durch den Pädagogen zu pädagogischen Maßnahmen?“ (Motsch 1979, 331)
Oder, so könnte auch gefragt werden, ersetzt die Etikettierung die Auseinandersetzung um den Inhalt und damit um Förderkonzepte?

Ein weitgehend lineares Ursache-Wirkungsverständnis beim Einsatz von Übungsverfahren und der Einschätzung von deren Alltagstauglichkeit bei Sprachstörungen, insbesondere beim Stottern, war trotz der zunehmenden Misserfolge welche die Heilkurse bei der Therapie des Stotterns und Stammelns verzeichnen mussten, weder bei Sprachheillehrern noch bei den Medizinern generell in Frage gestellt worden. Nicht die Prinzipien des Konzeptes wurden hinterfragt, sondern die Intensität und

Dauer der Anwendung sollten in der Sprachheilschule optimiert werden (vgl. Orthmann 1982, 79).

An dieser Stelle scheint es geboten, den Sprachtherapiebegriff innerhalb der Sprach heilpädagogik grundsätzlicher zu betrachten.

3.3.4.1 Exkurs: Zum Begriff ‚Sprachtherapie' innerhalb der Sprachheilpädagogik

Die hier geschilderte Zeit der Entwicklung einer deutschen Sprachheilpädagogik wird von zahlreichen Autoren als Periode der Sprachheilkurse und folgernd als die Phase der Dominanz der Sprachheilkunde beschrieben (vgl. Orthmann 1969a, 1969b, 1982; Dupuis 1983; Gross 1994; von Knebel 2000). „Eines der herausragenden Kennzeichen dieser epochaltypischen Denkweise ... ist eine Zentrierung [auf] physiologische Notwendigkeiten der Artikulation von Sprachlauten und Sprachlautfolgen, eine Orientierung also am sprechmotorischen Bewegungsvollzug und seiner ‚Pathologie' (von Knebel 2000, 87). Der Terminus ‚Sprachtherapie' wurde in dieser Zeit häufig ersetzt durch Begriffe wie Übung, Heilung oder Behandlung (vgl. Orthmann 1982, 72 f.) Verstanden wurde darunter, dass eine fortgebildeter Lehrer oder sonstig ‚Kundiger', wie dargestellt, sprechmotorische (Nachsprech-)Trainings- und Übungseinheiten gemeinsam mit seinem Zögling oder in Form mitgegebener ‚Hausaufgaben' und im Kleingruppenverbund der Sprachheilkurse durchführte.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wandelte sich ein in der vorausgegangenen Zeit nahezu ausschließlich von Utilitaritätsprinzipien geprägtes Behandlungs- und Therapieverständnis. Die ‚Erziehung' und die ‚Bildbarkeit' der Educandi wurde in das Zentrum der ‚Sprachtherapie' gerückt und die Sprachstörungen wurde als ein Teil und Ausdruck der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen verstanden (Schulze 1960, 1968; Orthmann 1969a, 1969b, 1971, 1977;

Westrich 1974, 1977).[1] Sprachtherapie, als ein übungstechnisch verstandenes Geschehen von vorwiegend zwei handelnden Personen gestaltet, dem ‚Therapeuten' und dem zu Therapierenden, konnte einem solchen Erziehungsauftrag kaum gerecht werden. Die Verwendung des Begriffes ‚Sprachtherapie' fand sich in der sprachheilpädagogischen Literatur dieser Zeit zwar ständig seitens der Protagonisten eines veränderten, ganzheitlichen Menschenbildes und Therapiebegriffes, er wurde jedoch selten ein- oder abgrenzend erläutert.

Eine erziehungswissenschaftlich, fördertherapeutisch ausgerichtete Sprachbehindertenpädagogik, wie sie etwa ab Ende der 70er Jahre an Einfluss gewann, widmete dem Begriff der Sprachtherapie wieder verstärkt Aufmerksamkeit. So definierten Knura und Neumann: „Sprachtherapie ist die Gesamtheit der auf Beseitigung von Sprachstörungen und -behinderungen gerichteten Tätigkeit [...] Der Schwerpunkt ... liegt auf der Förderung und Korrektur nichtentwickelter, verzögerter, verlorengegangener oder fehlerhafter Sprachfunktionen und auf der Persönlichkeits- und Sozialerziehung" (Knura/Neumann 1982, 161). Ein Verständnis, das sowohl störungsspezifische als auch erzieherische Aspekte der Sprachstörung und des Sprachgestörten verbindet.

Eine ‚Pädagogische Sprachtherapie' markiert, wie dem ersten Buch einer Reihe (‚Grundlagen der Sprachtherapie') zu entnehmen ist die ab 1989 herausgegeben wurde, „... einerseits eine umfassende Grundhaltung, andererseits Ausschnitt aus einem Gesamtkonzept von Maßnahmen innerhalb der Sprach(re-)habilitation" (Grohnfeldt 1989, 17). Ebenfalls dort wird festgehalten, dass sich „... der Therapiebegriff verlagert von der Betonung des ‚Heilens' auf die therapeutische Beziehung und Interaktion (Grohnfeldt 1989, 27).

Ein andere Akzentuierung wählt im gleichen Jahr Dupuis, wenn, von einer eher unspezifisch ganzheitlichen Perspektive unterschieden, die Bedeutung fachwissenschaftlichen Verständnisses betont wird und Abgrenzungen zur

[1] „ Sprechen ist nicht nur ein artikulatorisches Verwirklichen von Sprache, sondern zugleich auch

Eingrenzung des Therapieverständnisses vorgenommen werden: „Sprachtherapie als Qualitätsbegriff zeichnet sich durch systematische fachwissenschaftliche Bezüge aus. [...] Eine einseitige Grundlegung der Sprachtherapie im Sinne angewandter Sprachwissenschaft oder als Anhängsel eines medizinischen Fachs erscheint von der Sache her ebenso abwegig wie eine scharfe Trennung in eine pädagogisch orientierte und in ein klinische Form der Sprachtherapie“ (Dupuis 1989, 192).

Kleinert-Molitor warnt vor einer „... übereilten Bezeichnung sonderpädagogischer Maßnahmen als Therapie“ (1989, 226) und erläutert ihr Therapieverständnis implizit, indem sie Gefahren aufzählt: Aufgabenverengung, Methodendominanz, scheinhafte Normsicherheit (vgl. Kleinert-Molitor 1989, 226).

Abermals Dupuis definiert in einer von ihm mit herausgegebenen Enzyklopädie unter dem Stichwort ‚Sprachtherapie' unter anderem: „Auf der Basis einer Sprachdiagnose ... eingesetzte gezielte Maßnahme zur Behebung von Sprachstörungen“ (Dupuis 1992, 629) und grenzt sie gegen den Sprachunterricht und Sprachförderung ab (vgl. Dupuis 1992, 629). „Qualitätsmerkmale der Sprachtherapie sind demnach die exakte individuelle Sprachdiagnose, ausgearbeitete methodische Konzepte ... sowie eine umfassende theoretische Basis“ (Dupuis 1992, 630).

Sieben Jahre später nimmt Braun folgende Begriffsklärung vor: „Sprachtherapie umfasst die Gesamtheit der allgemeinen und speziellen Behandlungsverfahren für Störungen der Sprache als System, als Prozeß und als Handlung“ (Braun 1999, 322).

Eine umfängliche und differenzierte Beschreibung von ‚Sprachtherapie' erfährt der Begriff bei von Knebel. Er betrachtet das ‚Praxisfeld' Sprachtherapie und unterscheidet es, wie Dupuis, vom Praxisfeld Unterricht. Er versteht Sprachtherapie „...als eine besondere Form sprachlicher Förderung, die zwar

---

Ausdrucksgelände einer artikulierenden, mit Worten handelnden Person“ (Westrich 1974, 25) wie jede Sprachförderung darauf abzielt, Menschen in ihrer sprachlichen und sprecherischen Entwicklung voranzubringen, die sich jedoch von anderen Formen ... unterscheidet“ (von Knebel 2000, 82). Als signifikante Unterscheidungen hält er fest:

- die Dominanz sprachlicher und sprecherischer Gegebenheiten
- die Dominanz der auf das Individuum bezogenen Aspekte der Sprache und des Sprechens, sowie
- die unmittelbare Arbeit mit den Betroffenen selbst (vgl. von Knebel 2000, 82)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dem Terminus ‚Sprachtherapie’ innerhalb der Sprachheilpädagogik eine zeithistorische Bedeutungswandlung widerfährt und auch heute nicht unter einem einheitlich Verständnis angewendet wird.

Für den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit wird in einer Verbindung und Ergänzung der durch Dupuis und von Knebel vorgenommenen Definitionen **‚Sprachtherapie’** verstanden als:

> - eine auf der Grundlage differenzierter diagnostischer Verfahren und vorhandenem spezifischem Fachwissen inszenierte Sprach-, Sprech- und Lernsituation zwischen einem Experten für Sprache (und ihren pathogenen und kommunikativen Störungen) sowie einem Klienten/Patienten. Diese Sprechanlasssituation wird geplant und gestaltet unter Anwendung möglichst evaluierter Methoden, sprachstörungsspezifisch und unter Beachtung inter- und intrapersoneller Gegebenheiten des sprachauffälligen oder von Sprachauffälligkeiten bedrohten Menschen. Ziel dieser individuumsbezogenen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist die Habilitation, Rehabilitation und Integration des vorübergehend oder dauerhaft sprachbeeinträchtigten Menschen. Die Prävention drohender Sprachstörungen,

> die Beratung der Betroffenen sowie ihrer Bezugspersonen ist integraler Teil der Sprachtherapie. Das gesamte sprachtherapeutische Geschehen folgt den Prinzipien von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Grundmuster des Konfliktes späterer Jahre zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik ist bereits in dieser Zeit zu erkennen. Ein medizinisch-funktionalistisches Verständnis der Ätiologie von Sprachstörungen wird in einen ‚entweder-oder-Gegensatz' zu (sprach-)heilpädagogischem Handeln gebracht, das die Gesamtpersönlichkeit des Klienten beachten will. Dies wird zwar schon in den Anfängen der Sprachheilkunde strittig diskutiert (Braun 1983, Dohse 1978, Dupuis 1983, Kolonko/Krämer 1992, Motsch 1979, Orthmann 1982), beeinflusste jedoch die Vorstellungen über die Formen des sprachtherapeutischen Handelns in dieser Zeit nicht nachhaltig. Zu eng waren die Sprachheilkunde und die Sprachheilpädagogik damals konzeptionell miteinander verbunden. Eine aufkommende Konkurrenz und Auseinandersetzungsbereitschaft zwischen den Berufsgruppen der Mediziner und der Pädagogen dürfte daher in erheblichem Maße durch standespolitische Aspekte und nicht ausschließlich von inhaltlichen Differenzen determiniert worden sein.

Standespolitik bedarf der Sammlung und Vertretung gleicher Interessen: Als überregionaler Dachverband der Sprachheillehrer „... konnte sie [die „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik", V.M.] sammeln, organisieren, Impulse geben und ... Standesbewußtsein wecken" (Orthmann 1982, 82), während auf Seiten der Medizin ein „... durch die Ärzteschaft proklamiertes, ... , (nicht) begründbares Kompetenzgefälle zwischen ihr und den behandelnden Sprachheillehrern festzuhalten" ist (Motsch 1979, 332). Der erste Kongress der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik" 1929 in Halle (a.S.) war geprägt von der Diskussion um die Probleme bei der Zusammenarbeit von Sprachheilpädagogen und Medizinern. „Dabei wurden gewisse Rivalitäten deutlich ..." (Dohse 1978, 7). Wie konstitutiv für die Sprachheilarbeit in Deutschland diese Polarisierung wurde, stellte 1964 der damalige 1. Vorsitzende des Verbandes, Joachim Wiechmann, in einem Rückblick auf die Gründungsphase der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik“ fest: „Daneben beherrschten gleiche Probleme wie heute die Diskussionen, die sachlich und leidenschaftlich geführt wurden und etwa die Problematik der Sprachheilschule oder der Kurse, der Verantwortlichkeit bei der Diagnose und in der Therapie, der Auswahl und Anwendung therapeutischer Methoden und der Ausbildung der Fachpädagogen zum Gegenstand hatten“ (Wiechmann 1965, 18).

3.4 Zusammenfassung

Die Entwicklung der Sprachheilpädagogik beginnt in ihrer Entstehungsphase zum Ende des 19. Jahrhunderts sowohl im schulischen, insbesondere aber im außerschulischen Arbeitsfeld von Sprachtherapeuten, die in ihrer Mehrzahl Lehrer sind und in kurzdauernden Ausbildungen zur Behandlung von vorwiegend stotternden Schülern qualifiziert werden. Die Paradigmen eines positivistisch-naturalistischen Wissenschaftsverständnisses werden von der Medizin in die 1905 als Universitätswissenschaft etablierte Sprachheilkunde eingebracht und von den in diesem Feld tätigen Sprachheillehrern weitgehend unkritisch übernommen. Ein übungstherapeutischen Behandlungskonzepten verpflichtetes Therapieverständnis, ist die sachlogische Folge des gewählten Betrachtungswinkels für die Genese und die Behandlung von Sprachstörungen. Ein rivalisierender Kontakt zwischen den im gleichen Arbeitsbereich tätigen Ärzten und Pädagogen entsteht, der sich in einem hierarchischen Verhältnis der Medizin zur Pädagogik manifestiert.

Bis zum Jahre 1945 erfolgt die Ausbildung und Tätigkeit von Sprachheilpädagogen, weitgehend individualistischen und voluntaristischen Prinzipien folgend, in regionalen Ausbildungskursen unabhängig voneinander und ungeregelt. Geschlossene Gedankensysteme zur Diagnose und Therapie sprachauffälliger Menschen finden sich in der Phoniatrie, während der zaghafte Aufbau von Sprachheilschulen im pädagogischen Zuständigkeitsbereich vorangetrieben wird, ohne dass eine sprachheil(sonder)pädagogische **theoretische** Grundlegung zur Errichtung dieser Institution erkennbar ist. Die Begründung zur Schaffung von Sprachheileinrichtungen folgt dominant utilitaristischen Erwägungen, will Prinzipien der Sprachheilkurse optimieren und vereint in der Mehrzahl Abgrenzungsargumente gegenüber einer potenziell infizierbaren Schülerpopulation.

Den sprachauffälligen Kindern vor Beginn der Schulpflicht und den Erwachsenen widmet die Sprachheilpädagogik keine oder nur geringe Aufmerksamkeit. Der Bereich der außerschulischen Förderung findet in einem Recherchezeitraum nach 1927, dem Zeitpunkt der Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik“, keine Beachtung und Erwähnung in sprachheilpädagogischen Fachpublikationen. Die Existenz dieses Arbeitsfeldes, auch nach Errichtung der ersten Sprachheilschulen, wird deduktiv durch Auswertung des Quellenmaterials erschlossen. Eine annähernd flächendeckende Versorgung mit Sprachheilschulen gab es bis 1945 nicht, und ein erheblicher Teil der durchgeführten Sprachheilbehandlungen fand in Kursen oder klinischen Ambulatorien statt.

Die Sprachheillehrer jener Zeit unterscheiden sich in Qualifikationen und Tätigkeitsbereichen fundamental von den heutigen Sonderpädagogen für Sprachbehinderte. Unter dem Begriff ‚Sprachheillehrer‘ wurden akademisch ausgebildete Sonderschullehrer für sprachgebrechliche Kinder und Jugendliche, Hilfs- und Volksschullehrer, die als Autodidakten Sprache ‚heilten‘, Sprachtherapeuten im logopädischen Sinne aber auch selbst ernannte Scharlatane subsummiert.

4. Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Deutschland von 1945 bis 1955

Vorbemerkung:
Für die ersten Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges ist die Quellenlage im Arbeitsfeld der Sprachheilpädagogik in Bezug auf die Quantität und die Qualität der verfügbaren Primär- und Sekundärquellen erheblich reduziert.

Die Aufteilung Deutschlands in vier Besatzungszonen, die damit verbundenen unterschiedlichen Wiederaufbaukonzepte für den schulischen und klinisch-therapeutischen Bereich sowie die oftmals von nur geringer Halbwertzeit geprägten Organisationsformen und die hohe Fluktuation der Verantwortlichen verhindern eine auf das gesamte Deutschland übertragbare systematische Betrachtung und Darstellung der Faktenlage, insbesondere für den außerschulischen Bereich. Eine dennoch detaillierte und zu Teilen aus der persönlichen Erfahrung gespeiste Zusammenschau von Ereignissen um den Wiederaufbau der Sprachheilschulen nach Kriegsende für die entstehenden beiden deutschen Staaten legten jüngst die Hochschullehrer Klaus-Peter Becker (Emeritus) und Otto Braun vor (Becker/Braun 2000).
Die diesen Zeitraum zusammenfassende, eher kursorische und gelegentlich implizite oder deduktive Darstellung von als gesichert geltenden Fakten ist daher für den klinisch-therapeutischen Bereich des Sprachheilwesens der inkompletten und heterogenen Quellenlage geschuldet.

4.1 Die historische Faktenlage

Am 4. März 1953 wurde in der Sprachheilschule ‚Karolinenstraße' in Hamburg die 1933 aufgelöste „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik" wieder gegründet. „Die frühere Satzung vom 23. Mai 1929 wurde mit geringfügigen Änderungen übernommen" (Dohse 1978, 9). Die Arbeitsgemeinschaft bündelte die in einzelnen Bundesländern bereits bestehenden regionalen Zusammenschlüsse (Westfalen-Lippe, Berlin, Hamburg) und beschloss unter ihrem neuen Vorsitzenden, Prof. Dr. Otto von

Essen, dem Leiter des Phonetischen Instituts der Universität Hamburg und damit Nachfolger des Phonetikers Panconcelli-Calcia, „... der ‚Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde' korporativ beizutreten, um zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen Sprachheilwissenschaft und Sprachheilpraxis, zwischen den medizinischen und den pädagogischen Bereichen der Sprachtherapie zu kommen" (Wulff, J. 1956b, 20). Die Notwendigkeit eines engen Theorie-Praxis-Dialoges wurde also genauso gesehen, wie die Kooperation von Medizinern (Phoniatern) und Sprachheilpädagogen weiterhin von den Sprachheilpädagogen gewünscht wurde.

Seit 1945 hat sich das deutsche Sprachheilsystem ebenso diversifiziert reorganisiert, wie es vorher bereits bestanden hatte. In den städtischen Metropolen vollzog sich die Restauration des Sprachheil**schul**wesens erstaunlich schnell. Angesichts der immensen Zerstörung, der Hungersnöte, der durch Flüchtlinge und Vertriebene zusätzlich angewachsenen Schülerzahl und der in Folge der Entnazifizierung zu ca. 50% aus dem Schuldienst ausgeschlossenen Lehrerinnen und Lehrer, was zu einem „Lehrer-Schüler Verhältnis [von] im Durchschnitt 1:60" führte (Becker/Braun 2000, 52), scheint es überraschend, dass bereits 1945 in Hamburg vier Sprachheilschulen den Unterrichtsbetrieb wieder aufnahmen. Gleiches geschah in Bremen und Halle, 1946 in Hannover und Magdeburg sowie 1947 in Essen, Karlsruhe, Mannheim, Stuttgart und Nürnberg (vgl. Becker/Braun 2000). Im Jahre 1955 werden dann in einer durch die „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik" veröffentlichten Statistik für Westdeutschland elf Sprachheilschulen und sechs mit Schwerhörigenschulen verbundene Sprachheilschulen aufgelistet (siehe hierzu und zur Entwicklung des Aufbaus der Sprachheilschulen Becker/Braun 2000, 35-41 und 46-56; Braun/Macha-Krau 2000, 58-61; Orthmann 1982, 85; Wulff J. 1956a, 15-19). „In den westlichen Zonen wurde im Wesentlichen der schulorganisatorische Status von vor 1933 wiederhergestellt. Insofern kann von einer ‚Stunde Null' nach der Kapitulation Deutschlands nicht die Rede sein ..." (Becker/Braun 2000, 50).

Wie bereits Ende der 20er Jahre wurde auch nach dem 2. Weltkrieg Hamburg Vorreiter für die neu zu organisierende Ausbildung der Sprachheilpädagogen in Westdeutschland. 1947 entstand dort in Fortsetzung der schon 1935 kombinierten Ausbildung von Lehrern für Gehörlose, Schwerhörige und Sprachgestörte „... die erste ‚Ausbildungs- und Prüfungsordnung für das Lehramt an Gehörlosen-, Schwerhörigen und Sprachkrankenschulen“ (Becker/Braun 2000, 61).

4.1.1 Die Entwicklung des Sprachheilwesens in der DDR

Im Jahre 1947 begann die Neuordnung der universitären Ausbildung von Sprachheillehrern in Ostdeutschland. Lehrer für Hör- und Sprachgeschädigte wurden von dem Pädagogen Prof. Dahlmann an der Berliner Humboldt-Universität zentral ausgebildet, nach einem Lehrplan, den er selbst entworfen hatte und unter dessen Systematik er die Studierenden in das Institut für Praktische Pädagogik der Pädagogischen Fakultät eingliederte. Die zentralistische Struktur der aus der sowjetischen Besatzungszone hervorgehenden Deutschen Demokratischen Republik ermöglichte es den verantwortlichen Sonderpädagogen und Hochschulvertretern, ein einheitliches Ausbildungs- und Rehabilitations-/Förderkonzept für die Gruppe der sprachbehinderten oder von Sprachbehinderungen bedrohten Menschen zu entwickeln. Einzige Ausbildungsstätte für Sprachheilpädagogen war und blieb bis zum Ende der DDR 1990 die Humboldt-Universität zu Berlin, Sektion für Sonderpädagogik.

Für den außerschulischen Bereich hatte die Regierung der DDR schon am 21.1.1954 eine „Verordnung über die Berufsausbildung und Berufsausübung von außerschulisch tätigen Sprach- und Stimmheillehrern sowie von Sprach- und Stimmtherapeuten“ erlassen, mit dem Ziel, Ambulatorien für den Frühförderbereich und die Erwachsenenbetreuung zu schaffen. Diese Verordnung war verantwortlich für die Konstituierung eines staatlichen zweigliedrigen Betreuungssystems zur Versorgung und Behandlung sprachbehinderter Menschen. Neben der sprachheilschulischen sonderpädagogischen Förderung wurde mit dieser Verordnung die sprachtherapeutische sonderpädagogische Betreuung in den Beratungsstellen der Kommunen, den Polikliniken, den Kindergärten für Sprachbehinderte und den freien Ambulanzen grundgelegt. Damit war die DDR der Entwicklung in der BRD um einige Jahrzehnte voraus, denn erst mit der Verabschiedung des „Gesetz[es] über den Beruf des Logopäden“ im Jahre 1980 wurde erstmals ein Teil des außerschulischen Berufsfeldes in der Bundesrepublik bundesgesetzlich geregelt.

Die Einrichtung von Ambulanzen, Polikliniken und Sprachheilkindergärten, neben dem weiteren Aufbau der Sprachheilschulen, verdeutlicht die unterschiedliche Prioritätensetzung des ostdeutschen Staates im Vergleich zur Bundesrepublik. Vor-schulische und nach-schulische Förderkonzepte waren deutlich stärker im Blickfeld des dortigen Sprachheilwesens. Die Aufnahme von einjährigen Kursen für ‚Kindergärtnerinnen und Internatserzieher an Sonderschulen‘ in das Ausbildungsspektrum der Humboldt-Universität ab 1951, die später in die Ausbildung der Diplom-Vorschulerzieher für Sprachgeschädigte mündete, belegt den hohen Stellenwert, den die Prävention von Sprachstörungen im vorschulischen Bereich bildungspolitisch genoss.

Hinzu kam die Gründung von Ambulatorien für die Behandlung und Beratung sprachgestörter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener sowie deren Angehörigen, die nicht im institutionellen oder stationären System betreut wurden oder betreut werden konnten. „Die ambulante Behandlung in sogenannten Ambulatorien konnte neben den Sprachheilkindergärten und -schulen das System des Sprachheilwesens bereichern“ (Becker/Braun 2000, 75). Es entstand dadurch die Möglichkeit für Sprachheillehrer, auch im ambulanten Bereich tätig zu sein, also dominant sprachtherapeutisch und beratend zu arbeiten. „Für ausgebildete und auszubildende Sprachheillehrer bestand nun die Möglichkeit, sich eigens für die ambulante Arbeit zu spezialisieren“ (Becker/Braun 2000, 75).
Logopädinnen und Logopäden wurden im ehemaligen Staatsgebiet der DDR nicht ausgebildet – auch nicht nach 1955. Das Sprachheilsystem blieb in der dualen Zuständigkeit von Medizin und Pädagogik.

4.1.2 Die Entwicklung der Logopädie in der BRD bis 1955

Die unscharfe begriffliche Differenzierung der Termini Sprachheilpädagogik versus Logopädie, wie sie teilweise bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts sowohl in Fachpublikationen beider Professionen, erst recht aber umgangssprachlich verbreitet war, führt in der Zeit des Neubeginns und der historischen Rückschau gelegentlich zu Irritationen. „In Deutschland **gab es** bis 1945 ... **kein** Studium der **Logopädie**" (Macha-Krau 1994, 14). Aber andererseits: **„Gab es** bis 1933 einen deutlichen Aufschwung in der **Logopädie**... [Hervorhebungen V.M.]" (Macha-Krau 1999, 36). Ein anschaulicher Beleg für scheinbar widersprüchliche Aussagen, was aus der fehlenden Unterscheidung zwischen Logopädie als **Tätigkeit** und Logopädie als **Ausbildung** zu erklären ist.

Logopädische Tätigkeit war gerade infolge nicht vorhandener spezifisch logopädischer Ausbildung **identisch mit sprachheilpädagogischer Tätigkeit**. Darauf weist Luise Gutzmann hin, die erste Vorsitzende des ‚Zentralverbandes für Logopädie' (ZVL), wenn sie sich erinnert: „Damals [gemeint ist die Zeit nach 1945, V.M.] gab es in Deutschland nur drei Ambulatorien für Stimm- und Sprachkranke: in Berlin, München und Münster. Die leitenden Ärzte dieser Einrichtungen bildeten je nach Bedarf Sprachheilpädagoginnen zur Mitarbeit im jeweiligen Ambulatorium aus" (Gutzmann, L. 1984, 10, zit. n. Macha-Krau 1994, 14). Hier waren Sprachheilpädagoginnen logopädisch im Fröschelschen Sinne tätig. Die Ansicht, „[t]ätige Sprachheilpädagogen/innen bezogen ihr Wissen aus Kursen, die an den Ambulatorien für Stimm- und Sprachkrankheiten erteilt wurden" (Macha-Krau 1994, 14), verkennt jedoch die Tatsache, dass Sprachheilpädagogen ihr Wissen seit 1928 mit dem amtlichen Erlass der „Ordnung der Prüfung für das Lehramt an Sprachheilschulen" in Hamburg, und nicht nur dort, in erheblicher Weise außerhalb der Heilkurse (s. Kapitel 3) oder außerhalb der phoniatrischen Ambulatorien erwarben, und zwar an Universitäten und deren Instituten. Wie bereits gezeigt, setzte sich diese Ausbildungstradition auch nach dem Kriege fort.
Eine geregelte logopädische **Ausbildung** im Sinne einer eigenständigen, von sprachheilpädagogischen Ausbildungsinhalten beispielsweise zu Gunsten einer eher medi-

zinisch orientierten Auffassung von Sprachstörungen und deren Behandlung unterschiedenen Ausbildungsform oder -konzeption, existierte im Untersuchungszeitraum bis 1955 nicht. Dennoch war es insbesondere Prof. Dr. Hermann Gutzmann jun., der seit seiner Umhabilitierung an die Freie Universität Berlin im Jahre 1950, der Wiederaufnahme seiner privaten sprachtherapeutischen Ambulanzpraxis 1949 (auf der Bleibtreustrasse in Berlin-Charlottenburg) und der Einrichtung einer Zentralstelle für Sprachgestörte (im Bunker des ehemaligen Reichsaußenministeriums) intensive Bemühungen unternahm, in Westdeutschland einen Ausbildungsweg für einen sprachtherapeutischen Assistenzberuf zu schaffen. „Für den Bereich der Sprach- und Stimmheilkunde setzte sich Gutzmann mit Entschiedenheit für einen Medizinalfachberuf ein und wurde in Berlin vom Senator für Gesundheitswesen tatkräftig unterstützt“ (Stürzbecher 1994, 47). In dieser Zeit hatte er verschiedentlich Eingaben an den Senat der Stadt Berlin gemacht und auf die Dringlichkeit zur Schaffung eines sprachtherapeutischen Berufes hingewiesen. Eine Antwort, die er daraufhin am 24.2.1954 vom Bezirksstadtrat für Gesundheitswesen und Amtsarzt von Charlottenburg erhält, verdeutlicht, wie reziprok in Begriff und Inhalt der Terminus ‚Sprachheilpädagoge’ dem Aufgabenverständnis ‚Logopädie’ zugeordnet wurde: „Da erwiesener Maßen ein Bedarf an ausgebildeten Sprachheilpädagogen besteht und außerdem nach einer Mitteilung von Herrn Prof. Gutzmann in den letzten Jahren in zahlreichen Fällen an ihn Anfragen über die Ausbildungsmöglichkeit zum Sprachheilpädagogen in Berlin gerichtet wurden, halte ich es für wünschenswert, daß Herrn Prof. G. ermöglicht wird, in Westberlin Sprachheilpädagogen auszubilden“ (zit. n. Stürzbecher 1994, 47f.).

Trotz dieser Initiativen, die für den Rest der Bundesrepublik nicht repräsentativ waren, ist der folgenden Auffassung zuzustimmen: „Nach 1945 erfolgte die Ausbildung von LogopädInnen sehr sporadisch an phoniatrischen Kliniken. Der Ausbildung lagen keine Lehrpläne zu Grunde, sondern sie richtete sich nach den Interessenschwerpunkten der jeweiligen Kliniken“ (Macha-Krau 1999, 36). Die Teilnehmer an diesen sporadischen Kursen waren in aller Regel **Sprachheilpädagoginnen**. „In Heidelberg gründete Prof. Berendes 1955 ein Ambulatorium für Stimm- und Sprachgestörte. Gabriele Reichow war die erste Sprachheilpädagogin, später Logopädin, die in Heidelberg ihre Ausbildung erfuhr“(Macha-Krau 1994, 15). „Im Laufe dieses Prozesses erwies es sich als notwendig, die Berufsbezeichnung zu ändern: aus der Sprachheilpädagogin wurde nun die Logopädin“ (Gutzmann, L. 1984, 10, zit. n. Macha-Krau 1994, 14).

Der Entwicklungsverlauf des Sprachheilwesens in der DDR für den Zeitraum bis 1955 wurde bereits geschildert. Die Synonymität der dortigen Verwendung der Begrifflichkeiten Logopädie/Sprachheilpädagogik veranschaulichen Becker/Sovâk. Sie unterteilen in ihrem „Lehrbuch der Logopädie“ die Sprachheilkunde in einen medizinischen und einen pädagogischen Bereich. „Die pädagogische Teildisziplin bezeichnen wir als Sprachheilpädagogik **oder** Logopädie [Hervorhebung V.M.] im Unterschied zur medizinischen Teildisziplin“ (Becker/Sovâk 1979, 13). Diese synonyme Verwendung der Begriffe setzte sich durch die Nachkriegsjahre bis zum Einigungsvertrag zwischen der DDR und der BRD 1990 fort. Die Berufsbezeichnung ‚Logopäde’ wurde in der DDR nicht verwendet.

Bis 1955 gab es in Deutschland keine Logopädie und auch keine Logopädinnen und Logopäden im heute verstandenen Sinne. Die vereinzelt für Assistenztätigkeiten bei Medizinern spezifisch ausgebildeten Personen besaßen eine sprachheilpädagogische Grundqualifikation und arbeiteten als Sprachtherapeuten im außerschulischen Tätigkeitsfeld.

4.1.3 Entwicklungen und Rahmenbedingungen für die Konstituierung des ambulanten Sprachheilwesens von 1945-1955

Die Zeit nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges brachte in den vier Besatzungszonen und in den im Herbst 1949 (innerhalb eines Monats) entstehenden beiden deutschen Staaten eine Fülle neuer Erlasse, Bestimmungen und gesetzlicher Regelungen. Eine detaillierte Übersicht hierzu geben unter dem Blickwinkel der Relevanz für das Sprachheilwesen beider Staaten Becker und Braun (Becker/Braun 2000, 167-190 für die DDR, 295-327 für die BRD).

Über die Entwicklung der außerschulischen Sprachheileinrichtungen sind im Vergleich zum schulischen Arbeitsfeld deutlich weniger Daten verfügbar. So stellt Wulff anlässlich der ersten statistischen Veröffentlichung, die auf Zahlenmaterial mit Stand vom 1. November 1955 gründet, bedauernd fest: „Auch die sprachtherapeutischen Einrichtungen an Kliniken, Universitäten, Phonetischen Instituten, an Gehörlosenschulen, in öffentlichen und privaten Heimen, bei Gesundheits- und Fürsorgebehörden **sollten** [Hervorhebung V.M.] uns bekannt sein und mit uns zusammenarbeiten" (Wulff J. 1956b, 16).

Es gab neben den sonderschulischen Angeboten wie bereits vor dem Krieg sprachtherapeutische Einrichtungen, die organisatorisch und konzeptionell außerhalb der Sprachheilschulen angesiedelt waren. Beispiele hierfür sind das „Ambulatorium für Stimm- und Sprachkranke" in Berlin unter seinem Leiter Prof. Gutzmann oder das Konzept der Sprachkrankenfürsorge in Westfalen-Lippe, wie es unter der Verantwortung von Dr. Steinig etabliert wurde.

Im Berliner Ambulatorium, das Hermann Gutzmann jun. trotz seiner dokumentierten Nähe zu nationalsozialistischem Gedankengut (vgl. Kapitel 3.1.3) bereits im August 1949 „... aus eigenen Mitteln" (Gutzmann, H. jun., 1957, 21) wieder eröffnen konnte, wurden zu Beginn nur ‚Sprachkranke' behandelt. Am 1.4.1952 wurde dieses Ambulatorium von der Stadt Berlin als Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke übernommen. „Während früher die Patienten etwa 4 Monate lang **täglich** eine ganze Stunde behandelt wurden, freilich wesentlich in Gruppen, haben wir heute diese Möglichkeit nicht mehr. Heute führen wir fast ausschließlich Einzelbehandlungen durch, und zwar ½ Stunde pro Woche. ... Im Augenblick liegen die Dinge so, daß jede Sprachheilpädagogin in der Woche etwa 80 Kranke laufend behandelt... " (Gutzmann, H. jun., 1957, 21). Gutzmann versorgte im Zeitraum von 1951 bis 1954 gemeinsam mit einer Assistenzärztin und vier Sprachheilpädagoginnen ca. 1800 Patienten (vgl. Heese 1955, 479, zit. n. Becker/Braun 2000, 75).

Teilweise umstritten unter den Sprachheilpädagogen war der Taubstummenlehrer Dr. Karl Steinig aus Westfalen. Bereits 1948 hatte er ein dreistufiges System der Sprachkrankenfürsorge begründet. „Das Engagement von K.H. Steinig und später von F. Wallrabenstein für die Kombination von Sprachheilambulanzen, ..., und von Sprachheilheimen trug wahrscheinlich dazu bei, dass, ..., in Westfalen-Lippe bis 1974 noch keine eigenständige Schule für Sprachbehinderte existierte“ (Dupuis 1983, 287). Das Stufensystem umfasste:

1. „Eine Ambulanz, und zwar ambulante Sprachheilkurse für Stotterer und Stammler in offener Fürsorge in den Stadt- und Landkreisen.
2. Sechswöchige Sonderkuren im Rahmen einer spezialisierten Kurheilfürsorge für sprachleidende Kinder mit einer Konstitutionsschwäche als Ursache ihres Sprachleidens in einem Kurheim in Bad Rothenfelde am Teutoburger Wald.
3. Eine stationäre Behandlung von vier Monaten Dauer für psychoneurotische stotternde Kinder in einem Spezialheim in Bad Rothenfelde.“ (Steinig 1955, 107)

Steinigs Verständnis der Pathogenese von Sprachstörungen – wie die meisten Fachkollegen seiner Zeit subsummierte er unter diesem Oberbegriff vor allem Stottern – unterstellte die Gleichzeitigkeit von somatogenen und psychogenen Wirkfaktoren für das Zustandekommen und die Persistenz der Sprechauffälligkeit. Er wurde dabei von Gutzmann unterstützt, der Steinigs Fürsorgemodell im Auftrage des Provinzialverbandes Westfalen positiv gutachterlich bewertet hatte. Als therapeutisches Mittel wurde eine Methodenkombination eingesetzt, die „... neben der übenden Sprachbehandlung, die Heil- und Sprechatmung, die Heilgymnastik“ (Steinig 1955, 108) und psychotherapeutische Ansätze umfasste. Die Komplexität des Krankheitsbildes und die erheblichen organisatorischen Probleme, die ein täglicher Sprachheilschulbesuch auf Grund der Zersiedelung der westfälischen Region laut Auffassung Steinigs mitgebracht hätte, ließen ihn zum Gegner der Sprachheilschule werden. Da sein Einfluss im späteren Landschaftsverband Westfalen-Lippe erheblich war, wurden die Protagonisten einer Förderung sprachauffälliger Schüler in entsprechenden Sonderschulen für Sprachgestörte innerhalb und außerhalb des Bundeslandes Westfalen-Lippe wohl fast zwangsläufig zu seinen Kontrahenten.

Außerschulisch arbeitende Sprachtherapeuten, die im Hauptamt häufig Lehrer an einer Sprachheilschule waren, gab es sowohl in Ostdeutschland als auch in Westdeutschland. Ihre Tätigkeitsfelder lagen in den Sprachheilambulanzen der Städte und Gemeinden (Westfalen, Niedersachsen), medizinischen Einrichtungen (Hamburg, Berlin), Fürsorgeeinrichtungen/Sprachheilheimen oder auch in der freien Praxis. Insbesondere um den Leumund der freiberuflich Tätigen war es jedoch nicht sonderlich gut bestellt. So erwähnt Becker für den ostdeutschen Bereich, dass vor 1954 bereits freischaffend tätige Therapeuten agierten: „Allerdings befanden sich darunter auch geschäftstüchtige Kurpfuscher, die sich die Hilflosigkeit Sprachgestörter mit irreführenden Versprechungen zunutze machten“ (Becker/Braun 2000, 75), und Wulff weist ebenfalls, auf den Störungsbereich Stottern bezogen, auf Unseriösität und vorwiegend pekuniäre Interessen der ‚Sprachheiler’ hin (vgl. Wulff 1955, 9). Auf der ersten Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik im Jahre 1955 in Hamburg kann Dahlmann für das Gebiet der damaligen DDR mitteilen: „Das Kurpfuschertum ist bei uns beseitigt. Auch außerschulisch sind nur noch Menschen tätig, die eine staatliche Ausbildung und Prüfung durchgemacht haben“ (Dahlmann, R. 1955, 111).

Die Diskussion auf der 1. Hauptversammlung der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik’, die im Anschluss an einen Vortrag des erwähnten westfälischen ‚Provinzialbeauftragten für das Sprachheilwesen’ Steinig entstand, verdeutlicht, dass die Notwendigkeit gesehen wurde und der Wunsch vorhanden war, auch in Westdeutschland sehr viel früher klare Regelungen für den außerschulischen sprachtherapeutischen Bereich zu schaffen, als dies mit dem Logopädengesetz 1980 und den Erlassen und Landesgesetzen für Sprachheilpädagogen der Jahre 1996-99 (vgl. Gerrlich 2000) erst viel später tatsächlich geschehen ist.

Otto von Essen, der erste Vorsitzende der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft, merkt unter Bezug auf Dahlmann und andere Vorredner auf dem ersten Kongress an: „Wir haben vor langer Zeit schon alles versucht, um eine akademische Prüfung einzuführen. Notwendig [ist es], daß auch freiberufliche Kräfte tätig sind für schulentlassene Kinder höherer Schulen. [Die] Notwendigkeit für freiberufliche Kräfte besteht“ (von Essen 1955, 112).

Diese Auffassung von Essens provoziert unmittelbaren Widerspruch: „Es handelt sich um uns (also um die Lehrer), nicht um die Freiberuflichen. Wir möchten gern eine Qualifikation haben. Gibt es da keine Möglichkeit?“ (Niemand 1955, 112). Der Vorsitzende der Arbeitgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland war nicht unbedingt ein Protagonist der ‚Außerschulischen‘. Von Essen fährt in seinem Redebeitrag daher fort: „Freiberufliche haben nur einen Gewerbeschein, [sie] können sich ruhig einer Prüfung unterziehen. ... Es müßte eine ***staatliche, nicht*** eine ***akademische*** Prüfung eingeführt werden, damit wäre den Profitmachern das Handwerk gelegt“ (von Essen 1955, 112; Hervorhebungen V.M.).

Hier findet sich auf Seiten der Sprachheilpädagogen von prominenter Stimme die Forderung nach staatlicher Regelung, die der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des ‚Logopädengesetzes‘ im Jahre 1980 umgesetzt hat und die in den darauf folgenden Jahren zu einer der schwersten Belastungsproben für die (außerschulische) Sprachheilpädagogik insgesamt wurde.

Das Verhältnis von Sprachheillehrern zu freiberuflich tätigen Sprachtherapeuten in Westdeutschland war bei der Regelung der Mitgliedschaft in der ‚Arbeitsgemeinschaft‘ ein Besonderes. „Zur Frage der Mitgliedschaft zur AG wird beschlossen, daß aufgenommen werden kann, wer die 2. Lehrerprüfung bestanden hat und an einer Schule mit sprachgestörten Kindern arbeitet (auch an einer Hilfsschule). Für freiberuflich Tätige ist die Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder seiner Landesgruppe erforderlich“ (Jürgensen, H. 1956, 22).

Bemerkenswert ist in besonderer Weise die Tatsache, dass seit Gründung der ‚Arbeitsgemeinschaft‘ freiberuflich Tätige Mitglied waren und es demzufolge Freiberufler in Westdeutschland gab, die als Sprachheilpädagogen ausgebildet im außerschulischen Feld tätig waren. Diese Gruppe fand jedoch auch in den folgenden Jahren keine Erwähnung und Thematisierung in der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit’ oder in anderen Quellen und in den Veröffentlichungen der Fachgesellschaft, so dass auf ihre ‚Existenz’ deduktiv geschlossen werden muss.

Große Bedeutung für den Auf- und Ausbau des westdeutschen Systems der außerschulischen Versorgung Sprachbehinderter ist dem „Gesetz über die Änderung und Ergänzung fürsorgerechtlicher Bestimmungen“, dem ‚Fürsorgeänderungsgesetz’ vom 20.8.1953, zuzumessen. Sprachstörungen galten bis zu diesem Zeitpunkt nicht als Einschränkungen zur Erwerbsfähigkeit – es sei denn sie traten im Zusammenhang mit Hörschäden auf – und erhielten daher auch keine spezifische Fürsorge. In den „Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“ aus dem Jahre 1924 war die Erwerbsfähigkeit als Teil des notwendigen Lebensbedarfs definiert worden. Bestimmte Behindertengruppen waren für besondere Förder- und Fürsorgemaßnahmen zur Erlangung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vorgesehen (Blinde, Körperbehinderte, Taubstumme), Sprachbehinderte jedoch nicht (vgl. Schaudienst 1965).

„Die Erkenntnis, daß der Sprachgeschädigte für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung oder Wiedereingliederung u.U. andersartige Hilfen als der Taubstumme bedarf, fand ihren Niederschlag erstmalig im Jahre 1953: Durch das Fürsorgeänderungsgesetz wurde die entsprechende Bestimmung der Reichsgrundsätze dahingehend geändert, daß nunmehr Hilfe zur **Erwerbsbefähigung [**Hervorhebung V.M.] oder zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf neben den Hörgeschädigten ausdrücklich auch den Sprachgeschädigten zu gewähren war. ... Damit sollten diejenigen Hilfsbedürftigen erfasst werden, bei denen – gleichgültig, ob aus organisch oder psychisch bedingten Gründen – ein Schaden in der Hör- oder Sprachfähigkeit bestand“ (Schaudienst 1965, 8f.), erläuterte der zuständige Beamte des Bundesinnenministeriums auf dem Kongress der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik im Jahre 1964 (vgl. Schaudienst, R. 1965, 8f).

Auf die Bedeutung des Fürsorgeänderungsgesetzes für den Auf- und Ausbau des westdeutschen außerschulischen Sprachheilwesens verweisen Becker/Braun, wenn sie feststellen, dass : „... das Gesetz vom 20.8.1953, ... , damit die Einrichtung von außerschulischen sprachtherapeutischen Maßnahmen in Form ambulanter Sprachheilkurse ermöglichte“ (Becker/Braun 2000, 203).

Gesicherte statistische Angaben über die Anzahl und die Organisationsformen außerschulischer Sprachheilangebote liegen für den Zeitraum bis 1955 nicht vor. Orthmann stellt zwar differenziert auch seltene Formen schulnaher Betreuungskonzepte, wie sie nach 1945 existieren, vor. Er erwähnt ‚Wechselgruppen' oder ‚nachgehende Fürsorge für schulentlassene Sprachgeschädigte' ebenso wie gesetzliche Marksteine zum Aufbau des Sprachheilwesens. Den Stellenwert außerschulischer Förderung von Sprachbehinderten bemisst er jedoch nachrangig, wenn er diese für den Nachkriegszeitraum gar nicht und für die Zeit danach lediglich kursorisch erwähnt. „Das Sprachgeschädigtenwesen ist nunmehr im öffentlichen Bildungswesen, im Sonderschulwesen und in der gesamten Rehabilitationspolitik fest eingelassen" (Orthmann 1982, 87) fasst er im Jahre 1982 die Fachgeschichte zusammen.

Orthmann unterlässt den Hinweis auf das öffentliche Gesundheitswesen und auf die freie ärztliche und logopädische Praxis, ein Anfang der 80er Jahre bereits weit ausgebautes Feld. Diese eingeschränkte Betrachtung grenzt vermutlich seinen und auch den Blick Anderer in die Nachkriegsvergangenheit ein, und so haben die sprachheilpädagogisch einflussreichen Zeitzeugen jener Tage es versäumt, Fakten zur außerschulischen Entwicklung zu sichten, zu systematisieren und darzustellen.

Auf die Bedeutung nicht-schulischer Therapie- und Förderangebote weist ausführlicher Dupuis zu der selben Zeit wie Orthmann hin, wenn er feststellt: „Nach dem Zweiten Weltkrieg war in der Bundesrepublik bis etwa 1960 der Vorkriegsstand wieder erreicht: Ambulanzen (zumeist in Kursform) in fast allen größeren Städten, Sprachambulatorien an den HNO- und Phoniatriekliniken, freiberufliche Logopäden und Therapeuten mit anderen Berufsbezeichnungen. In den Bundesländern wurden unterschiedliche Regelungen für eine ‚flächendeckende' Versorgung entwickelt" (Dupuis 1983, 284).

Becker/Braun legen, wenn auch rudimentär, Zahlenmaterial für den Zeitraum bis 1955 vor das auch den ambulanten Bereich betrifft, indem die von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik veröffentlichten statistischen Angaben zusammengefasst werden. Für das Jahr 1955 stehen demzufolge 20 Sprachheilschulen und Sprachheilklassen 10 Einrichtungen zur Beratung und ambulanten Behandlung in Westdeutschland gegenüber – ein erheblicher Teil der Versorgung Sprachbehinderter wird dieser Angabe zur Folge außerhalb der Institution Schule durchgeführt (vgl. Becker/Braun 2000, 233).

Es finden sich trotz der reduzierten Quellenlage einige Beispiele für die Entwicklung des ambulanten Sprachheilsystems. 1950 wurde in Hamburg ein privates stationär-ambulantes Stimm- und Sprachheilheim gegründet, in welchem neben der Beratung bei Sprachstörungen auch deren Behandlung angeboten wurde. In Niedersachsen wurden ab 1952, ausgehend von der Taubstummenschule in Osnabrück, breitflächig ambulante und stationäre Einrichtungen geschaffen. Neben dem bereits erwähnten Sonderweg, den Westfalen-Lippe mit dem von Steinig begründeten und später von Wallrabenstein fortgeführten Konzept der Sprachkrankenfürsorge beschritt, war das Fürsorgeänderungsgesetz von 1953 auch für Baden-Württemberg Anlass, die ambulante Versorgung sprachauffälliger Kinder und Jugendlicher, (deren Sprachstörung als nicht so schwerwiegend angesehen wurde, dass eine Sprachheilbeschulung vorgenommen werden sollte), auszubauen.

Die formalen Rahmenbedingungen für die Entwicklung und den Ausbau des ambulanten und stationären Sprachheilwesens wurden in beiden deutschen Staaten sehr bald nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges geschaffen. Diese Voraussetzungen haben die Verantwortlichen in Ost und West, entsprechend der jeweiligen staatlichen Vorgaben, unterschiedlich genutzt. Im Gegensatz zu Ostdeutschland fand die Entwicklung des außerschulischen Sprachheilsystems in Westdeutschland, mit Ausnahme des Ausbaus der Fürsorgeeinrichtungen in Westfalen-Lippe, weitgehend ‚unbemerkt' von der sprachheilpädagogischen Öffentlichkeit beziehungsweise von der veröffentlichten sprachheilpädagogischen Fachmeinung statt.

4.2 Positionen und Paradigmen

Im untersuchten Zeitraum von 1945 bis 1955 gab es in Westdeutschland keine grundständigen Ausbildungen zum Sprachheillehrer/Sprachheilpädagogen. Die Ausbildung zum Sprachheilpädagogen erfolgte im Rahmen eines zwei- bis viersemestrigen Ergänzungs- oder Erweiterungsstudiums nach erfolgreichem Lehrerexamen und entsprechender praktischer Tätigkeit. Eigene Lehrstühle an den Universitäten existierten demzufolge nicht, und Protagonisten sprachheilpädagogischen Selbstverständnisses waren weniger Vertreter der Wissenschaft als vielmehr Lehrer und Rektoren der Sprachheilschulen und Repräsentanten der 1953 wiedergegründeten ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland'. Dieser Personenkreis definierte auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen und Problemanalysen des (Schul-)Alltags die Aufgaben und die Programmatik der westdeutschen Sprachheilpädagogik. Diese verstand sich, wie noch zu zeigen sein wird, in einem hohen Maße als eine Heilpädagogik des Stotterns und widmete anderen Störungen der Sprache und des Sprechens deutlich weniger Aufmerksamkeit.

4.2.1 Organisationsformen und Handlungsfelder der Sprachheilpädagogik im Verständnis von Johannes Wulff

Als ein herausgehobener Vertreter dieser Sprachheilpädagogik und in mancherlei Hinsicht repräsentativ für das Fach jener Zeit erscheint der Rektor der Hamburger Sprachheilschule Karolinenstrasse, Johannes Wulff. Wulff, am 15 Mai 1902 in Uetersen/Holstein geboren, legte 1923 die erste und 1929 seine zweite Lehrerprüfung ab. 1935 wurde er geprüfter Sprachheillehrer und erwarb 1937 die Lehrbefähigung für Sprachkranke und Schwerhörige. Im Jahre 1938 unterzog er sich der Prüfung für freiberufliche Sprechlehrer. 1950 wurde er kommissarischer und 1952 offizieller Schulleiter der Hamburger Volks- und Mittelschule Karolinenstraße. Seit 1958 war er ständiges Mitglied im ‚Ausschuß für die Rehabilitation Gehör- und Sprachkranker' der Bundesministerien für Soziales und Inneres sowie Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde. Er leitete viele Jahre lang die sogenannte ‚Sprachschule für Gaumenspaltler' an der Nordwestdeutschen Kieferklinik am Universitätskrankenhaus in Hamburg-Eppendorf. Neben seinen Arbeiten zum Stottern legte er zahlreiche Fachveröffentlichungen (über 30) mit den weiteren Schwerpunkten der Sprach- und Übungstherapie bei Patienten mit Lippen-

Kiefer-Gaumenspalten und der Stimmstörungen Erwachsener und deren Behandlung vor.

Anlässlich der 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, die vom 3. bis zum 5. März 1955 in Hamburg stattfand und zum Thema die „Theorie und Praxis der Stotterbehandlung“ gewählt hatte, hielt J. Wulff das Einleitungsreferat. Erstmals nach dem Krieg trafen bei dieser Gelegenheit in der BRD Experten des Sprachheilwesens außerhalb regionaler Zusammenkünfte aufeinander. „Prof. Dr. v. Essen [der damalige Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft, V.M.] begrüßt den Landesschulrat Matthewes, Vertreter der Behörden, ... , die Fachärzte und Fachkollegen aus dem Bundesgebiet, der DDR und dem Ausland ...“ wie es in der Eröffnung heißt (Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik 1955, 8).

Dem von Wulff formulierten Verständnis der Sprachheilpädagogik, der Sprachheilpädagogen und deren Arbeitsfeldern, der Sprachbehinderten sowie der Bezüge, die zu den Nachbardisziplinen hergestellt werden, soll an dieser Stelle breiter Raum gewidmet werden. Dies vor allem aus zwei Gründen: Wulff war von 1953 bis 1958 stellvertretender Vorsitzender und von 1958 bis 1968 Erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und hat die Geschicke des Faches, der Fachgesellschaft und der Berufsgruppe über mehr als 15 Jahre nachhaltig mitbestimmt. Darüber hinaus repräsentiert Wulff die Gruppe der sprachheilpädagogischen Praktiker und Pragmatiker, die rege publizierten, in der außerschulischen Sprachtherapie ebenso wirkten wie in der Sprachheilschule und die das Bild des Sprachheilpädagogen nach innen und nach außen beeinflusst haben.

Wulffs Hauptreferat trägt den Titel „Fragen zur äußeren und inneren Umgestaltung der Stotterertherapie in der Sprachkrankenschule“ und führt in das Tagungsthema ein. Seinem Vortrag folgen im Tagungsverlauf verschiedene Kurzreferate zu unterschiedlichen Schwerpunkten. „Die musisch-gymnastische Arbeit in der Sprachheilklasse“, „Organisatorische Fragen zur Stottererbehandlung“, „Unterricht und Stottererbehandlung“, „Arzt und Psychologe zur Stotterertherapie“ sowie „Fragen zur ambulanten Stottererbehandlung“ lauten die Unterthemen (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik 1955).

Eine differenzierte Reflektion des Wulffschen Referates soll nunmehr folgen. Wulff stellt einleitend die Schülerschaft der von ihm geleiteten Schule vor: „Die Sprachkrankenschule, ..., hat zu etwa 60 bis 70 % Prozent stotternde Kinder zu betreuen“ (Wulff, J. 1955, 9), und daher gilt dieser Klientel die Hauptaufmerksamkeit. Er unternimmt im Folgenden den Versuch, die Sprachheilschule als Behandlungsort und den Sprachheillehrer als Behandler zu legitimieren und von anderen Therapiekonzepten und Therapeuten abzugrenzen. Zu diesem Zweck führt er wie folgt in das Thema ein: „Die Nöte der stotternden Kinder und der sorgenden Eltern sind aber so groß ... [und] ... auf keinem Gebiet macht sich der Dilettantismus, die Geschäftemacherei, ja sogar der offensichtliche Betrug so breit wie auf diesem“ (Wulff, J. 1955, 9). In der Folge dieses Problemaufrisses und der Reflektion darüber, was empfohlen werden könne und wo etwas für die Stotterer geschehe, fasst er die aus seiner Sicht zentralen Fragen zusammen: „Arzt und Sprachheilpädagoge? Fürsorge oder Schule für Sprachkranke? Teamarbeit oder nicht? Schule, Kursus oder Heim? Zentralisation oder Dezentralisation?“ (Wulff, J. 1955, 9). Der Fächer der sprachheilpädagogischen Themen und Handlungsfelder jener Zeit ist ausgebreitet und diese unterzieht Wulff nun nacheinander einer Bewertung.

Der Zuständigkeit von ‚Arzt und Sprachheilpädagoge’ wendet er sich zuerst zu und findet sogleich eine Antwort: „Es steht wohl fest, daß die allgemeine Ärzteschaft, ..., dem stotternden Kinde keine volle Hilfe bringen kann. Meist werden von den Ärzten Medikamente verschrieben, ..., aber durchweg wird auch gesagt ‚Das ist nicht so schlimm. Das gibt sich mit der Zeit’.“ (Wulff, J. 1955, 9). Hier wird von Wulff ein **qualitatives**, die ärztliche Kompetenz beim Störungsbild Stottern grundsätzlich in Frage stellendes Argument verwendet.
Wenige Zeilen später spricht er „[von] den medizinischen Kapazitäten auf diesem Gebiet wie Gutzmann, Nadoleczny, Fröschels“ und weiter: „Die großen Massen von Stotterern jedoch konnten diese wenigen Phoniater nicht versorgen“ (Wulff, J. 1955, 10). Nunmehr wird ein **quantitatives**, den Versorgungsengpass bei den Medizinern

beschreibendes Argument angeführt. „Es war **daher** auch kein Wunder, daß gerade die Schwierigkeiten bei den Stotterern, ..., die Pädagogen bereits vor Jahrzehnten auf den Plan riefen“, fährt er unmittelbar fort (Wulff, J. 1955, 10; [Hervorhebung V.M.]). Der quantitative Aspekt nivelliert den qualitativen der Wulffschen Ausführungen, und die Lückenbüßerfunktion, die er den Pädagogen der Gründungsphase des Sprachheilwesens attestiert, macht die im Fortgang des Referates erhobene Forderung zu mehr Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik unter argumentationssystematischen Aspekten schwer nachvollziehbar.

Eine weitere ‚Begründung' für die sprachheilpädagogische Zuständigkeit beim Störungsbild Stottern fügt er hinzu, wenn er die Ärzte „... und sogar Nervenärzte“ erwähnt, die Sprachheilpädagogen ihre Kinder zu Behandlung übergeben und auf „... die glücklichen Augen der geheilten Kinder ...“ (Wulff, J. 1955, 10) verweist. Der Diktion und der Besonderheit der 50er Jahre durchaus Rechnung tragend fällt dennoch auf, dass Wulff keinen qualitativen oder quantitativen (evaluierten) Beleg für die Erfolge schulischer Stottertherapie anführt. Auch wenn er fortfährt und behauptet, dass an den Sprachkrankenschulen „... die Heilerfolge, ..., aufs Ganze gesehen noch nicht übertroffen worden sind“ (Wulff, J. 1955, 10), tut er dies unter Verzicht auf Zahlenmaterial oder andere Referenzgrößen. Der Versuch, den er unternimmt, die „vielen therapeutischen Möglichkeiten in den Sprachkrankenschulen“ (Wulff, J. 1955, 11) aufzuzeigen, indem er dieses Potenzial von a) bis m) auflistet, ist unter dem Aspekt der von ihm begonnenen Zuständigkeitsdiskussion mit der Medizin eher untauglich. Es widerspricht nicht nur medizinisch-naturwissenschaftlichen, möglicherweise in der Folge dominant kurativ-mechanistischer Betrachtungsperspektiven verengten Erkenntnisansprüchen und Kompetenzvorstellungen sondern vielleicht auch dem ‚Alltagsverständnis' sprachtherapeutischer Arbeit und Kompetenz, wenn als Möglichkeiten und Maßnahmen zur Behandlung stotternder Schüler lediglich unspezifische Sprachtherapie'methoden' aufgeführt werden wie:

- „... die besondere Atmosphäre der Sprachkrankenschule“
- „... die Möglichkeit enger Kontaktnahme“
- „... die Möglichkeit der sprachlich-seelischen Umerziehung“
- „... die wertvolle Miterziehung Gleichaltriger bei den häufig kontaktgestörten

Stotterern“

- „... die planmäßige Heilgymnastik zur Zügelung der erethischen Unruhe“
- „... die Erziehung zum Leistungswillen im Turnunterricht“
- „... die Anwendung des Spiels“
- „ die Anwendung besonderer Hilfsmittel wie Massage“ (Wulff, J. 1955, 11).

Die Betrachtung des von ihm eingangs für die Sprachheilfürsorge problematisierten Verhältnisses von ‚Arzt und Sprachheilpädagoge’ schließt, indem er feststellt: „Die Zusammenarbeit mit dem Facharzt hat bei uns immer bestanden. ... Man wird uns aber kaum jemals unsere Bürde abnehmen wollen“ (Wulff, J. 1955, 11).
Als nächstes wenden sich die Wulffschen Ausführungen den Themenkreisen Sprachheilschule/Kursus/Fürsorge/Heim zu. Auch hier plädiert er nachhaltig für die Sprachheilschule und gegen andere Förder- und Rehabilitationskonzepte.

Steinigs Initiativen der ambulanten und intensiv-stationären Therapie in Westfalen werden von Wulff „begrüßt“, berechtigen seiner Ansicht nach aber keineswegs dazu, „... gegen die anerkannte und erfolgreiche Arbeit in den Sprachkrankenschulen zu polemisieren“ (Wulff, J. 1955, 12), denn: „Die Sprachkrankenschulen haben ihre Berechtigung längst erwiesen; dagegen bedeuten die wenigen Jahre westfälischer Erfahrung noch mehr tastende Versuche“ (Wulff, J. 1955, 12). Wodurch der Effizienzvorsprung der Sprachheilschule belegt ist, wird nicht ausgeführt, er wird lediglich behauptet. Wie stark die Sprachheilpädagogen an diesen Schulen belastet sind, beschreibt er jedoch eindringlich: „Er [der Sprachheilpädagoge] hat mit Ernst eine schwere Bürde, ja eine fast zu schwere Bürde zu tragen. ... Jeder Arzt im Krankenhaus würde daher auch eine derart anstrengende Nebenarbeit wie etwa einen Unterricht neben seinen ärztlichen Bemühungen sowohl für sich als auch für den Patienten ablehnen“ (Wulff, J. 1955, 12). Das mit dem häufig zitierten Hansen-Wort aus dem Jahre 1929 vom ‚Joch der doppelten Aufgabe’ umschriebene Problemfeld, nämlich Unterricht und Therapie gleichzeitig in der Person des Sprachheillehrers vereinen und in der Institution Sprachheilschule organisatorisch umsetzen zu wollen, beschäftigt auch Wulff. Er weitet das Aufgabenspektrum des Lehrers allerdings noch auf die Elternarbeit, die kompensatorischen Leistungen zum Ausgleich defizitärer geistiger

und seelischer Entwicklungen, den Abbau von Milieuschäden und die Zusammenarbeit mit diversen Arztgruppen aus. Wer kann dieses ‚Joch' tragen?
„Diese aufgezählten Aufgaben des Sprachheilpädagogen erfordern eine gut durchgebildete, psychologisch und pädagogisch reife und tüchtige Persönlichkeit. Wem unter allen Lehrern an anderen Schulgattungen ist eine solche Fülle von Aufgaben und Verantwortlichkeit zugemessen?“ (Wulff, J. 1955, 13). Die Begründung und Betonung einer Sonderstellung des Sprachheillehrers unter den Sonderschullehrern – warum ist das ein zentrales Ziel Wulffscher Argumentation?

Ein mögliche Erklärung findet sich in der Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, die die herausragende Rolle, die Johannes Wulff bei der Neugründung der Arbeitsgemeinschaft nach dem Krieg gespielt hat, hervorhebt: „Im Oktober 1952 regte er [Wulff] zum ersten Mal während einer Besprechung die Neugründung der Arbeitsgemeinschaft an ... Zum 1. Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Otto v. Essen, zum Geschäftsführer Rektor Johannes Wulff gewählt. ... Trotz aller Berührungspunkte mit anderen Fachrichtungen und Vereinigungen machten sich im übrigen schon früh Abgrenzungs- und Differenzierungstendenzen bemerkbar...“ (Dohse 1978, 9). Diese betrafen insbesondere den Bund Deutscher Taubstummenlehrer, „... denn der Taubstummenlehrer hatte bereits eine gehobene Position erreicht, um die der Sprachheilpädagoge vielfach noch kämpfen mußte“ (Dohse 1978, 18f.).

Wie die Aussagen Wulffs in den Folgejahren verdeutlichen (s. Kapitel 5 und 6), ging es ihm während seiner Tätigkeit als Verbandsfunktionär auch darum, für die Sprachheillehrer eine grundständige universitäre Ausbildung verpflichtend vorzusehen und eine daraus folgende gehobene Besoldungseinstufung zu erreichen.

Folgt man dem Referat von Wulff weiter, wird die eingangs aufgeworfene Frage der Notwendigkeit von Teamarbeit in der Arbeit mit sprachauffälligen – hier stotternden – Menschen alsbald beantwortet. Abermals dient das westfälische Konzept der ambulanten/stationären Fürsorge als Reflektionsfläche für seine Ausführungen. Damit „... ist die Frage einer möglichen oder gar notwendigen Teamarbeit in der

Stotterertherapie angeschnitten. Sie wird besonders auch von Steinig gefordert. Es sei mir nicht verübelt, wenn ich dazu gewisse Bedenken zum Ausdruck bringe“ (Wulff 1955, 14). Die vorgetragenen Bedenken umfassen fünf Aspekte von Teamarbeit (fehlende Teamkompetenz, keine Individualverantwortung, Abstimmungsprobleme, kein einheitliches Kompetenzniveau, fehlender Übertragungseffekt) und daher „... sollte vor allem einer Person, entweder dem Arzt oder dem Sprachheilpädagogen, ..., die Hauptverantwortung und Hauptlast zufallen“ (Wulff, J. 1955, 14).
Auch für die Einrichtung einer dezentralen, von der ‚Mutterschule’ räumlich getrennten Sprachheilklasse, die in Einzelfällen durchaus sinnvoll sein kann „... muß wiederum als Voraussetzung gelten: Nur eine qualifizierte Persönlichkeit wird mit einer solchen Aufgabe fertig werden!“ (Wulff, J. 1955, 17). Da der Sprachheillehrer nach Wulffscher Vorstellung ebenfalls die Elternarbeit übernehmen soll „... wie es in der Psychotherapie längst üblich ist“ (Wulff, J. 1955, 23), sind damit nun endgültig kapazitative Grenzen erreicht: „Nun soll der arme Sprachheilpädagoge auch noch die Erziehungsberatung und die Fürsorgebetreuung des Stotterers übernehmen, als ob das Maß von Anforderungen nicht schon sowieso zu hoch sei!“ (Wulff, J. 1955, 23). So benennt er zum Schluss des Vortrages seine Forderung und den Adressaten: „Unsere Behörde wird uns auch hier verstehen und uns helfen wollen, auch noch diese unerlässliche Bürde auf uns zu nehmen. Eine Ermäßigung von zwei Stunden wäre angezeigt“ (Wulff, J. 1955, 23).

Die Sprachheilschule grenzt er im Verlauf des Referates weiterhin deutlich von anderen Einrichtungen ab, denn nicht nur der Sprachheillehrer, sondern auch die Sprachheilschule leistet Einmaliges: „Vielmehr bietet die Schule mit ihren vielseitigen Möglichkeiten mehr Heilansätze als das Krankenhaus oder das Heim. ... Wir halten daher auch die schulische Betreuung für die Mehrzahl der Fälle für besser und zweckmäßiger, ja auch für erfolgreicher“ (Wulff, J. 1955, 12). Die Abgrenzung zur Hilfsschule, der heutigen Sonderschule für Lernbehinderte, gerät besonders deutlich, wenn Wulff die Spezifität der Sprachheilschule dadurch charakterisiert, dass diese den Lehrplan der Normalschule einhalte und die sprachtherapeutische Kompetenz ergänzend anbiete: „... hier liegt für uns auch die Notwendigkeit begründet, eine

Distanz zur Hilfsschule zu wahren und jegliche Koppelung in der Öffentlichkeit, auf Ausstellungen, im Gebäude u. dgl. strikte zu vermeiden“ (Wulff, J. 1955, 18).
Will Wulff Sprachbehinderte integrieren oder separieren? Gibt er selbst eine Antwort, wenn er feststellt: „Vielmehr sind gerade neben therapeutischen Gründen die Sonderklassen auch deshalb eingerichtet worden, um unsere Normalklassen von den körperbehinderten und sonst schwierigen Kindern, ..., **zu befreien** [Hervorhebung V.M.]“ (Wulff, J. 1955, 18)?

Kann wirklich nur die Sprachheilschule sprachauffälligen Kindern helfen, und ist folgende Forderung, wie Wulff sie 1955 erhebt, aus alleiniger fachlicher Perspektive zu vertreten? „Es müßte daher eine unabdingbare Pflicht aller Schulbehörden und Schulleitungen sein, sämtliche stotternden Schulanfänger, auch mit den geringsten Symptomen, zu erfassen und zu melden. ... Aus diesen Überlegungen heraus sollte man daher alle zweiten Klassen der Normalschulen im letzten Vierteljahr noch einmal gründlich durchkämmen, um alle Stotterer restlos zu erfassen“ (Wulff, J. 1955, 21). Dieses erinnert an den Forderungskatalog, der bereits 1927, bei der ersten Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, aufgestellt wurde: „Zugleich wird im Rahmen eines heilpädagogischen Gesetzes die Zwangsbeschulung sprachkranker Kinder gefordert“ (Dohse 1978, 6).

Die Zuhörer haben die zentralen Botschaften des Vortrages verstanden, dies belegt die dokumentierte Diskussion, die im Anschluss stattfand. „In der Ostzone ist das Problem gesetzlich geregelt. Die Sprachheillehrer erhalten die Bezahlung von Oberlehrern“ kommentiert Becker (Becker 1955, 24) und Wallrabenstein, der spätere Nachfolger von Steinig, hält fest: „Im Entwurf zur Ausbildung von Heilpädagogen, ..., sind Sprachheilschulen und Hilfsschulen scharf getrennt“ (Wallrabenstein 1955, 25).

Der Darstellung und Kommentierung des Vortrages von Wulff wurde dieser breite Raum eingeräumt, weil er geradezu paradigmatisch das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik zu jener Zeit widerspiegelt, dieses Selbstbild erheblichen Einfluss auf den außerschulischen Therapiebereich hatte und bis in die jüngste Vergan-

genheit hat. Die Sprachheilschule als ***der*** *Förderort sprachauffälliger Kinder und Jugendlicher – diese Auffassung bestimmt Denken und Handeln mancher deutscher Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen auch heute noch.*

Eine Konkurrenz- und Kompetenzdiskussion wie sie Wulff mit der Ärzteschaft beginnt, hat sich zwar deutlich vom schulischen auf das außerschulische Arbeitsfeld von Sprachheilpädagogen verlagert, deren argumentativen Grundmuster finden sich aber bei Wulff bereits deutlich.

Bedauerlich aus heutiger Sicht war der Verzicht auf evaluierte Therapieforschung als möglichem Nachweis der Effizienz sprachheilpädagogischer Konzepte. Programmatik anstelle von Sachlichkeit ist ein durchaus legitimes Vortragskonzept, wenn es in der Rolle des Verbandfunktionärs, der Wulff zweifellos war, geschieht und als ein solches kenntlich gemacht wird. Der Dienst, den Wulff der deutschen Sprachheilpädagogik erweist, ist allerdings zweifelhaft, verhindert doch der massiv vorgetragene Omnipotenzanspruch der Sprachheilschule und der Sprachheillehrer differenzierte Betrachtungen der Stärken, aber eben auch der Schwächen des sich in der Wiederaufbauphase befindlichen westdeutschen Sprachheilwesens.

An den Forderungen von 1927 unbeirrt festzuhalten bedeutete eine weitgehende Ausblendung der Entwicklungen, wie sie außerhalb Deutschlands, beispielsweise in den USA, stattgefunden hatten (vgl. Romonath 2001a), und eine Negierung der Konfliktlagen zu Fragen der Zuständigkeit und den optimalen Förderorten für sprachtherapeutische Prozesse, wie sie bereits Flatau und Fröschels für die Phoniatrie und Hansen für die Sprachheilpädagogik 1929 auf dem Hallenser Kongress aufgezeigt hatten (s. Kapitel 3.3.1).

Mit seinen Auffassungen steht Wulff jedoch keineswegs alleine da. Ernst Triglaff, ein weiterer prominenter westdeutscher Sprachheilpädagoge, Leiter der Hellen-Keller-Schule in Berlin und langjähriger Vorsitzender der Berliner Sektion der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' argumentiert gleichlautend auf dem

Kongress des Jahres 1955, wenn er dort sein Kurzreferat ‚Die Stotterbehandlung in der Sprachheilschule' abschließt mit der Feststellung: „Die Sprachheilschule ist auch heute noch der Ort, an dem dem stotternden Kinde, von Sonderfällen abgesehen, am besten geholfen werden kann. Ohne Zeitdruck und Fehlarbeit durch mangelhaft vorbereitete Hilfskräfte ist es uns Sprachheillehrern an den Sprachheilschulen möglich, uns ganz der sprachlichen und gesamtmenschlichen Förderung des stotternden Kindes zu widmen" (Triglaff 1955, 57). Starkes standespolitisch geprägtes Selbstbewusstsein spricht auch aus seinen Worten.

Relativierende, (selbst-)kritischere Bewertungen der Rahmenbedingungen schulischer Stotterertherapie waren auf dieser 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland nach dem Krieg jedoch ebenso, wenn auch deutlich leiser, zu hören. Selbstbewusstsein, Elitebewusstsein der Sprachheilpädagogen gar („Wem unter allen Lehrern an anderen Schulgattungen ist eine solche Fülle von Aufgaben und Verantwortlichkeit zugemessen?" Wulff 1955, 13) verband sich nur selten mit einem kritischen Blick auf die Grenzen der eigenen Kompetenz. „Die knappe Übersicht, ..., macht klar: das kann kein einzelner mehr beherrschen, geschweige denn in der Behandlung erfüllen, wenn wir nicht im Dilettantismus stranden wollen" (Heidrich 1955, 68). Anders als Wulff sieht Heidrich den Sprachheilpädagogen nicht auf allen Gebieten des Stotterns für zuständig an. Die Mehrdimensionalität des Störungsbildes verlangt seiner Auffassung nach die Heranziehung ergänzender Professionen. „Ich glaube aus diesen Gründen, daß wir für unsere Schulen zur Intensivierung unserer Arbeit den vielseitig ausgebildeten, analytisch geschulten Psychologen haben müßten. Und ich möchte fast warnen davor, daß wir uns – ungenügend gerüstet – an diese wahrhaft diffizile Aufgabe heranwagen" (Heidrich 1955, 70).

War der Konflikt zwischen behaupteter Kompetenz, die zum Ziel hatte, den Beruf des Sprachheilpädagogen standesgemäß zu etablieren, und dem Bewusstsein über die Grenzen eigener Möglichkeiten aufzulösen? Betrachtet man die offensichtliche Widersprüchlichkeit zwischen kritischer Erkenntnis und tatsächlichem Handeln allein in der formulierten Aussage einer Person, wie dem Sprachheillehrer Curt

Heidrich aus Hamburg, so wird dieses Dilemma offenkundig. „Was bleibt nun eigentlich dem Sprachheilpädagogen zu tun?“ fragt er (Heidrich 1955, 70), nachdem er die Kompetenz der Psychologen beim Stottern betont hat.
Doch er, der vor Dilettantismus angesichts der Theorie- und Therapiefülle [allein im Störungsbereich Stottern! V.M.] gewarnt hat, traut dem Sprachheilpädagogen zu, nicht nur diese Therapieaufgaben zu bewältigen, sondern auch noch Lehrer zu sein, „... der den Kindern in einer schulischen Geborgenheit in verständnisvoller Duldung ihrer Eigenheiten, in vertrauenserweckender Zuwendung das Bildungsgut zu vermitteln hat“ (Heidrich 1955, 71). Dennoch, nicht die Lehrertätigkeit macht den Sprachheilpädagogen vor allem aus, sondern: „Den Schwerpunkt sprachheilpädagogischer Tätigkeit muß immer die Therapie bilden“ (Heidrich 1955, 71). Wie bei Wulff dominiert in der vorgestellten Argumentation die Therapeuten/ Pädagogen**persönlichkeit**, der es obliegt, die gestellten Anforderungen in sich zu vereinen. „Die bestausgebildeten, die qualifiziertesten Kräfte, die das Pädagogische Institut abzugeben hat, sollten wir für unsere Aufgaben zu gewinnen suchen. Und Menschen, die wirklich aus sozialem Berufensein, innerlich zu heilpädagogischer Betätigung getrieben, aus Überzeugung zu uns stoßen “ (Heidrich 1955, 71). Hier wird analog zu Wulff ein Anforderungsprofil formuliert, das nahezu Übermenschliches abfordert. „Deshalb aber auch ergibt sich das dringende Gebot, den Sprachheilpädagogen selbst kräftemäßig nicht zu überfordern“ (Heidrich 1955, 71). Ähnelt sich die Argumentationsstruktur von Wulff und Heidrich sehr weitgehend – mit Ausnahme der Relativierung sprachheilpädagogischer Fähigkeiten –, so wird sie in der Reihung der Argumente identisch, wenn auch Heidrich an den Schluss seiner von inhaltlichen Aspekten getragenen Ausführungen eine sehr pragmatische Forderung stellt: „Es scheint uns darum ein berechtigtes Ansinnen, wenn wir eine Herabsetzung unserer Pflichtstundenzahl,... ‚unbedingt anstreben“ (Heidrich 1955, 71).

Die Vermutung liegt nahe, dass die Erreichung dieses ökonomischen Zieles (die Reduzierung um zwei Pflichtstunden pro Woche bei gleichbleibender Vergütung bedeutet eine deutliche Besoldungsanhebung) motivationsbegleitend für die beispielhaft ausgewählten Vorträge von Wulff und Heidrich war (vgl. auch Kap. 3.1.1.1 „Ökonomische Aspekte der therapeutischen Arbeit im Sprachheilkurs“).

Auf ein in den Beiträgen bis 1955, aber auch in den Folgejahren gelegentlich anzutreffendes Argumentationsmuster sei bereits an dieser Stelle hingewiesen: Nicht durchgeführte Evaluationsforschung erschwert den Nachweis sprachtherapeutischer Effektivität und Effizienz. Diese Effektivität wird stattdessen behauptet. Intransparent wird das sprachtherapeutische Geschehen dann, wenn ein Nicht-Sprachheilpädagoge als Nicht-Fachmann das Geschehen beobachtet. Diese Intransparenz geriert zum ‚Qualitätsmerkmal' besonderer Art, „... wenn wir die Kunst verstehen, so zu therapieren, daß das Kind und Außenstehende kaum etwas davon bemerken - nur dann vermögen wir,... ‚wirklich befriedigende Arbeit zu leisten" (Heidrich 1955, 71). Einig mit prominenten Kollegen weiß sich Günther[1] in seiner Überzeugung, dass die „Wirkungskraft des Therapeuten wichtiger [ist] als die Methode" (Günther, W. 1955, 126), und diese Meinung teilt Manig, der ebenfalls darauf hinweist: „Wesentlich ist nicht die Methode, sondern der Mensch, der sich ihrer bedient" (Manig 1955, 121). Die Hervorhebung der Pädagogen- und Therapeutenpersönlichkeit für das Gelingen der therapeutischen Aufgabe prägt die Vorstellungen der Sprachheilpädagogen (und anderer, mit der Wirkung von Übertragungsphänomenen befassten Berufsgruppen, wie den Psychotherapeuten) grundsätzlich. Im Folgenden wird darauf Bezug genommen.

---

[1] Manches gerät deshalb bei der Bearbeitung historischer Quellen anekdotisch, weil das Herauslösen aus dem (Ideen-)geschichtlichen Kontext Veränderungen in der Betrachtung sprachtherapeutischer Inhalte verdeutlicht. Als ein Beispiel dafür können Ausführungen des ebenfalls aus Hamburg stammenden Sprachheillehrers Günther dienen, der sich „Gedanken zur Problematik der ambulanten Behandlung des Stotterers" macht (Günther, W. 1955, 124-128). Zu Recht stellt er für diese Zeit fest, dass „... eins noch immer anzutreffen [sei], die Abneigung, Stotterer in ambulante Behandlung zu nehmen". Er will dagegen motivierende Erfahrungen stellen und verweist auf die positive Wirkung des Skat-Spiels. „Hier haben wir uns mit vier Mann über die Skatkarten ereifert", lässt er einen ehemaligen Patienten zu Wort kommen, der fortfährt: „Mein Sprechen wurde von Stund an besser" (Günther, W. 1955, 125).

4.2.2 Die wissenschaftstheoretischen Paradigmen der Zeit von 1945-1955

Die Betonung der Bedeutsamkeit der Lehrer-/Therapeutenpersönlichkeit für das sprachfördernde Geschehen in Unterricht und Therapie ist für das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik seit ihren Anfängen leitend (vgl. Kapitel 3.). Die geeignetsten Wege zur Erreichung des therapeutischen Zieles wurden in den Nachkriegsjahren kontrovers diskutiert. Fürsorge oder Sprachheilschule, Sprachheilheim oder ambulante sprachtherapeutische Hilfe standen zur Auswahl. Einigkeit herrschte jedoch darüber, dass Charakter und Herzensbildung des verantwortlichen Lehrers eine entscheidende Größe für den Heilerfolg darstellte. Darum ist Orthmann nur bedingt zuzustimmen, wenn er feststellt: „Die kritischen Fragestellungen verantwortlicher Pädagogen in der Gründungs- und Aufbauphase der Sprachheilpädagogik waren letztlich auch Ausdruck einer mangelnden theoretischen Basis für ihre Arbeit" (Orthmann 1982, 87). Die theoretische Basis war für die allermeisten Sprachheilpädagogen nämlich dieselbe: Das von Karl Cornelius Rothe im Jahre 1929 vorgelegte Konzept „Die Umerziehung" (Rothe 1929) prägte Denken und Handeln ganzer Generationen von Sprachheilpädagogen. Sie wurde von ihm wie folgt definiert: „Umerziehung ist die zielbewußte, planmäßig die ganze Persönlichkeit von allen Seiten erfassende Umprägung eines Menschen" (Rothe 1929, 9). Den komplexen Blick, den Rothe auf Sprachstörungen, vor allem auf das Stottern, wirft und der ihn in Kenntnis psychoanalytischer Betrachtungen damals übliche Übungs- und Therapiekonzepte in Frage stellen lässt, übernehmen die Sprachheilpädagogen bereitwillig. „Aufgabe der Erziehung bei Sprachleiden ist nicht nur das Eingewöhnen in die neugelernte Sprechart, sondern ist vor allem die Erziehung des ganzen Menschen" (Rothe 1929, 16).

Das von der Rotheschen Betrachtung herzuleitende „... didaktische Prinzip der Verbindung von Schulunterricht und Therapie" (Orthmann 1982, 82) holt die Sprachheillehrer Sinn stiftend dort ab, wo sie sich befinden: an der Schnittstelle von Medizin, Psychologie und Pädagogik im Anwendungsfeld pädagogischer Praxis.

Braun überschätzt die Bedeutung Rothes für die Sprachheilpädagogik in keiner Weise, wenn er feststellt: „Die Sprachheilpädagogik nach 1945 verfolgt in Weiterführung der Rotheschen Zielvorgabe die Umerziehung der stotternden Schüler in Formen integrierter Psycho- und Sprachtherapie“ (Braun/Macha-Krau 2000, 63). Grohnfeldt zitiert Rothe ebenfalls mehrfach und stellt konkludent fest: „Aus heutiger Sicht muten diese Zitate (wieder?) erstaunlich modern an“ (Grohnfeldt 1989, 18). Da Rothe nicht ‚nur' als Pädagoge, sondern auch als Sprachtherapeut wirkte (gemeinsam mit Fröschels als verantwortlichem ärztlichen Leiter ab dem Jahre 1912, unter anderem im Wiener Garnisonshospital in der dortigen Abteilung für Hirnverletzte), konnte er auch sprachtherapeutische Fachlichkeit als Kompetenznachweis erbringen (vgl. Lettmayer 1958, 30). Grohnfeldt bemerkt: „Rothe entwickelte dabei kein System. Er präsentierte eine grundsätzliche Haltung,... “ (Grohnfeldt 1989, 18). Diese wirkt bis heute fort.

So verweisen Bahr/Lüdtke bei dem Versuch, die aus ihrer Sicht für den sprachfördernden Prozess erforderlichen Verbindungen, die sie „als Band zwischen zwei Wesen“ (Bahr/Lüdtke 2000, 86) ansehen und die sie mit dem Ziel anstreben, eine „Übereinstimmung der Gefühlsatmosphären“ (Bahr/Lüdtke 2000, 87) zu erreichen, auf Rothe und rezipieren ihn für ihr Verständnis der Pädagogik im Arbeitsfeld der Sprachtherapie: „So wie sich schon Rothe (1929) in einem ganzen Kapitel Gedanken über den ‚Weg zum Herzen' des ‚renitenten' Kindes machte, muss er [der Pädagoge, V.M.] stets überlegen, wie er in sich Zuneigung, Zutrauen und Zuversicht erhalten kann,...“ (Bahr/Lüdtke 2000, 87).

Die wissenschaftstheoretischen Positionen und Paradigmen, die in den Jahren nach 1945 ausgebildet wurden, gründen in ihrer erziehungstheoretischen Orientierung auf „... die geisteswissenschaftliche Pädagogik der Weimarer Zeit und schlagen sich vor allem in der bildungstheoretischen Didaktik der Sprachheilschule nieder“ (Braun/Macha-Krau 2000, 63).

4.2.2.1 Exkurs: Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik

Die Bedeutsamkeit der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik für die Entwicklung des Westdeutschen Sprachheilwesens steht bei den Fachvertretern außer Frage. „Die restaurative Sprachheilpädagogik der Nachkriegszeit griff im wesentlichen auf die geisteswissenschaftliche Pädagogik der 20er und 30er zurück und lehnte sich sehr eng an die pädagogischen Konzepte von E. Spranger und Th. Litt, von H. Nohl und E. Weniger, von W. Flitner und O.F. Bollnow an“ (Becker/Braun 2000, 64, vgl. auch: Braun/Macha-Krau 2000, 62 ff.). „Für die Zeit nach 1945 sollen dabei folgende Wandlungen des pädagogischen Grundverständnisses ausgemacht werden ... 1. Phase: Restauration der geisteswissenschaftlich-hermeneutischen Pädagogik“ (Grohnfeldt 1989, 25f). Die Bezüge, die von Orthmann (1969), Westrich (1995), Motsch (1979) et al. zur geisteswissenschaftlichen Pädagogik und deren Bedeutung für die Sprachheilpädagogik hergestellt werden, belegen die Relevanz dieser Theorierichtung.

War der Gründergeneration der Sprachheilpädagogik in Deutschland durch Herbart und Dilthey ein geisteswissenschaftliches Theoriesystem angeboten worden, das sich selbstbewusst von kausalistisch-naturwissenschaftlichen Konzepten emanzipiert hatte, so suchten die Vertreter der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik auch Antworten auf die von den Veränderungen und Revolutionen des begonnenen 20. Jahrhunderts geprägten Bedürfnissen zum Verständnis des Menschen und der Hoffnung auf dessen positive Beeinflussung durch Erziehung. Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik zieht ihre Wurzeln aus den Denkstrukturen des deutschen Idealismus. Mit dieser Hinwendung zu den Idealen des Menschseins aus der Perspektive der Aufklärung verbindet sich der Glaube an die Erziehbarkeit und Bildbarkeit des Individuums. Wilhelm Flitner, Theodor Litt, Herman Nohl, Eduard Spranger oder Erich Weniger waren Protagonisten dieser Pädagogik. „Diese Personengruppe, die alle im Sozialisationsraum des Bildungsbürgertums groß geworden waren...“ (Krüger, H.-H. 1999, 21), glaubte an die Möglichkeit der Vermittlung und dauerhaften Implementierung von Erziehungszielen und eines bildungsbürgerlich definierten Wertekanons bei den Educandi und zwar unabhängig von den jeweils herrschenden sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen.

Sah Rothe den sprachkranken, stotternden Schüler in seiner gesamten Persönlichkeitsstruktur („Aufgabe,... ‚ist vor allem die Erziehung des ganzen Menschen" Rothe 1929, 16), so stützte er sich dabei auf die Hermeneutik Diltheys (vgl. Kapitel 3.3.2), genauer auf den hermeneutischen Zirkel.
Ein Geschehen wie das Stottern ist nur als Ganzheit zu verstehen, gleichzeitig wird das Ganze aber erst verständlich durch die Kenntnis seiner Teile. Expertenwissen über Stottern und phonetische Regeln (Sprachtherapie) sowie Persönlichkeits- und Weltverständnis (Erziehungsauftrag des Lehrers) beziehen sich aufeinander und bedingen einander. Objekt-Wissen (Sprachstörung) und Subjekt-Erkenntnis (Patienten-/Schülerwirklichkeit) will die Geisteswissenschaftliche (Sprachheil-) Pädagogik integrieren.
Ein Anspruch, der selbstbewusstes, eigenständiges Denken und Handeln erfordert. „Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik ... versuchte die Pädagogik aus ihrer Abhängigkeit von der Theologie, der Philosophie und der Psychologie zu befreien und eine relativ selbständige pädagogische Wissenschaft zu begründen" (Krüger, H.-H. 1999, 30). Die Eigenständigkeitsdebatte in der Sprachheilpädagogik, die 1968 auf Initiative von u.a. Orthmann in einem eigenen Kongress zu diesem Thema gipfelt und seit den Anfängen des Faches unterschwellig Form und Inhalt des Selbstverständnisses und der Außendarstellung geprägt hat (Krüger spricht vom ‚Autonomiepostulat' der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik; vgl. Krüger, H.-H. 1999, 30), entspringt diesem Denkansatz, den Grohnfeldt unter Hinweis auf Orthmann und andere als konstitutiv für die Zeit von 1945 bis ca. 1968 hält (vgl. Grohnfeldt 1989, 25 ff; zu dieser Thematik siehe auch Homburg 1978, 4 ff und Holtz 1983, 69ff) .

Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik verstand sich als Anwalt des Kindes gegenüber der Gesellschaft und war um den Schutz und das Wohl des anvertrauten Schülers/Klienten/Patienten bemüht (vgl. Weniger 1929, Flitner 1950 in Krüger H.-H. 1999). Das inhaltlich-moralische Wertesystem der Sprachheilpädagogik, mit dem von Wulff (1955), Steinig (1955), Heidrich (1955) und anderen formulierten Erziehungs- und Schutzauftrag gegenüber den Sprachbehinderten, ist ideengeschichtlich eng mit der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik verbunden.

Empathie und **Übereinstimmung der Gefühlsatmosphären** (vgl. Bahr/Lüdtke 2000, 87) wie sie die Geisteswissenschaftliche Pädagogik zum Leitmotiv erhebt, sind im Selbstverständnis der Sprachheilpädagogen der Zeit von 1945 bis 1955 fest verankert. Krüger weist jedoch kritisch, unter Bezug auf Herrmann, darauf hin, dass die geisteswissenschaftliche Methode des Einfühlens und Verstehens einen affirmativen Bezug zum jeweils geltenden politisch-sozialen System aufweise, da sie dieses in ihre Theorie- und Handlungskonstruktion nicht einbeziehe, mit der Folge, dass: „... diese Methode nicht nur bildungsbürgerliche Innerlichkeit transportiert, sondern auch ihren Gegenstandsbereich präpariere – die herrschende Kultur des Bürgertums“ (Krüger 1999,H.-H. 34).

Einen anderen kritischen Aspekt stellt Tenorth in den Mittelpunkt, wenn er feststellt: „Bei der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik [handelt es sich] aufgrund ihres fehlenden Forschungsbezuges nicht um Theorie und Forschung, sondern um eine neue Art, über praktische Probleme zu reden, um Gesinnungsbildung für PädagogInnen“ (Tenorth 1986, 316 f.). Ein Vorwurf, den sich auch die Sprachheilpädagogik in der untersuchten Zeit dann gefallen lassen muss, wenn sie, wie am Beispiel des Kongressbeitrages von Wulff im Jahre 1955 aufgezeigt, darauf verzichtet, Behauptungen Belege folgen zu lassen.

Ein Primat der Praxis gegenüber der Theorie, wie es sich in der Sprachheilpädagogik der Zeit nach 1945 findet, ist ebenfalls grundlegend für die Geisteswissenschaftliche Pädagogik. „Sie [die Theorie] dient der Praxis und gilt nur soweit, als sie der Praxis helfen, als der Praktiker etwas mit den Ergebnissen anfangen kann“ (Weniger 1929, 42). Theorielosigkeit als Handlungsmaxime?

Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik bildet ein geschlossenes Gedankengebäude, das sich subjektorientiert von den Erziehungskonzepten früherer und folgender Zeiten abhebt. Deren, im hermeneutischen Zirkel begründeten, Hinwendung zu einer *ganzheitlichen Betrachtung der Erziehungsaufgabe in Verbindung mit dem zu Grunde liegenden Menschenbild der Erziehungsfähigkeit und Bildbarkeit des Individuums, prägt das Verständnis des Aufgabenfeldes der Sprachheilpädagogik tiefgreifend, da diese von der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik nachhaltig geprägt wurde.*

4.2.3 Zur ambulanten Behandlung von Stottern und gestörter Erwachsenensprache

Den Schwerpunkt sprachheilpädagogischer Arbeit in den Nachkriegsjahren bildete die Beschäftigung mit dem Störungsbild „Stottern" (vgl. hierzu Braun 2001, Holtz 1982, Grohnfeldt 1981, Motsch 1979, Orthmann 1982). Wie die auszugsweise vorgenommene Darstellung der Vorträge und Diskussionen anlässlich des 1. Kongresses der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland im Jahre 1955 gezeigt hat, ist bei der dominanten Beschäftigung mit den Problemen des Stotterns mindestens ein Punkt unter den beteiligten Sprachheilpädagogen unstrittig: Stottern ist ein mehrdimensionales Geschehen, zu dessen Verständnis und Behandlung die empathische Pädagogenpersönlichkeit und das aus dem hermeneutischen Verständnis abgeleitete Teil- Ganzheit-Postulat unerlässlich ist. Diesem Anspruch auf Förderung und Hilfe für das stotternde, sprachauffällige Individuum konnte in der Logik dieser Problemsicht ausschließlich im Rahmen eines ganzheitlichen Erziehungskonzeptes Rechnung getragen werden.

Der Begriff der ‚Erziehung' trennt scharf vom Begriff der ‚Therapie', die als zwar wichtige (Teil), aber nur *partikulare* Hilfe verstanden werden konnte in einem umfassenden Erziehungsauftrag (Ganzheit). Die weitverbreitete Skepsis, mit der weniger am Erziehungs- (Umerziehungs-)auftrag orientierte Konzepte, sondern mehr am (kurzfristigen?) Therapieerfolg interessierte Vorstellungen (Steinig) betrachtet wurden, wird auf der Basis einer Wertevorstellung, wie sie die Geisteswissenschaftliche Pädagogik anbietet, erklärbar und verständlich. Die auffällige Zurückhaltung, welche die Sprachheilpädagogen der Zeit nach 1945 ambulanten oder anderen, nicht-schulischen Therapiekonzepten entgegenbrachten, entspricht der Logik der zu

Grunde liegenden Paradigmen. Es sollte darüber hinaus berücksichtigt werden, dass in diesen Jahren (und bis weit in die sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein) von Sprachheilpädagogen häufig eine Synonymisierung der Begriffe ‚Sprachstörungen' und ‚Stottern' erfolgte. Hier liegt eine mögliche Erklärung für die behauptete – und in den Folgekapiteln weiter zu belegende – Geringschätzung und weitgehende Interessenlosigkeit gegenüber außer-schulischen Therapieangeboten und -konzepten durch einen Großteil der westdeutschen Sprachheilpädagogen in Theorie und Praxis.

Ambulante Sprachtherapie galt gegenüber dem pädagogischen Ideal sprachheilender Förderung im Schulsystem vielen Sprachheilpädagogen als Sprachtherapie zweiter Klasse!

Die Logopädie hatte paradigmatisch der Sprachheilpädagogik (noch) nichts entgegenzusetzen, da sie, wie oben dargestellt, als Arbeits- und Theoriefeld in den Kinderschuhen steckte. „Die logopädische Theoriebildung bleibt für Jahrzehnte an die Disziplinen Medizin und Pädagogik gebunden. [...] Grundlegende Veränderungen sind [erst] in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts festzustellen“ (Braun/Macha-Krau 2000, 69).

Das Feld nicht-schulischer Therapieangebote war gleichwohl, trotz innerer Distanz der Sprachheilpädagogen und trotz kaum vorhandener personeller Alternativen zu bestellen, und Patienten waren zu versorgen. Das Versorgungsproblem sahen natürlich auch die Sprachheilpädagogen. So bemerkt Niemand im Anschluss an den Wulffschen Vortrag von 1955: „Trotzdem ist aber eine Reform nötig, denn die Probleme des Stotterers **nach** der Schulentlassung zeigen, dass nicht alle Stotterer während der Schulzeit geheilt werden“ (Niemand 1955, 24). Auch Wulff sieht selbstverständlich die Notwendigkeit, Sprachbehinderten außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Sprachheilschule zu helfen und fordert daher, „... die Versorgung der sprach- und stimmgestörten Erwachsenen“ (Wulff 1956a, 20). Nur gibt er keine Antwort darauf, wie, wo und vor allem durch wen diese Versorgung geleistet werden soll.

Es bleibt festzuhalten, dass es in dem untersuchten Zeitraum von 1945 – 1955 eine Versorgungslücke für diejenigen sprachgestörten Menschen in Westdeutschland gab, die nicht im Rahmen einer Sprachheilschule betreut werden konnten oder eine der wenigen ambulanten Therapiemöglichkeiten (Gutzmannsches Ambulatorium in Berlin, Fürsorge-Einrichtungen in Westfalen-Lippe o.ä.) nutzen konnten. Die Sprachheillehrer konnten ambulante Tätigkeiten in Folge ihrer arbeitsintensiven Einbindung in die Sprachheilschule und fehlender Fachlichkeit bei der Behandlung spezifischer Störungen (Aphasie, Dysarthrie u.a.) im Grunde nicht durchführen, wirkten jedoch, in der Folge nicht vorhandener personeller und fachlicher Alternativen für die Betroffenen mehr oder minder erfolgreich, auch im ambulanten Handlungsfeld. Logopäden waren noch nicht vorhanden und Phoniater oder andere Arztgruppen (z.B. Neurologen) konnten und wollten die wöchentlich/täglich durchzuführenden Therapieleistungen nicht erbringen. ‚Wunderheiler' und ‚Kurpfuscher', wie Dahlmann sie nennt (1955, 25), versuchten dieses Vakuum zu füllen.

Aus Sicht der klinisch-therapeutischen Arbeit entstand für die Zukunft der Sprachheilpädagogik ein doppeltes Dilemma: Zum einen führte die Dominanz sprachheilpädagogischer Beschäftigung mit dem schulischen Feld zwangsläufig zu einer Vernachlässigung des ambulanten Arbeitsbereiches, was bei gleichzeitig vorhandenem Versorgungsbedarf die Etablierung anderer Berufsgruppen bzw. den Wunsch dazu dieses zu tun, um einen Versorgungsengpass beseitigen zu können, nur konsequent erscheinen lässt.

Zum anderen führte die dominante Beschäftigung mit Störungsbildern, wie sie vor allem in der Sprachheilschule anzutreffen waren, zu einem Verlust bzw. zu einer Nichtetablierung fachlicher Kompetenz für andere Störungskomplexe, wie beispielsweise erworbene zentrale Sprach- und Sprechstörungen oder Sprachförderkonzepte bei frühkindlichen organischen Dysfunktionen. Ein daraus resultierendes ‚Theorie- und Therapievakuum' für diese Bereiche musste sich auch auf die zukünftige Aus- und Weiterbildung von Sprachheilpädagogen auswirken, mit der Folge, dass perspektivisch die Gefahr bestand, die fachliche Kompetenz von Sprachheilpädagogen *für die vorschulische Prävention und Behandlung von Sprachstörungen und für die Therapie im Jugendlichen- und Erwachsenenbereich nicht mehr zu unterstellen.*

4.3 Diskussionen und Diskurse

Dokumentiert und sicherlich bedeutsam für die Weiterentwicklung des westdeutschen Sprachheilwesens war der Paradigmenstreit zwischen den Vertretern eines Fürsorgekonzeptes (Steinig, Wallrabenstein) und Vertretern der Sprachheil**schul**förderung (Wulff, Triglaff).
Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt ausführlich dargestellt, entzündete sich dieser Konflikt an den unterschiedlichen Auffassungen darüber, wie und wo sprachauffällige Schüler bestmöglich gefördert werden sollten.

Die ‚offizielle' Position der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik hatte Wulff auf dem Hamburger Kongress und in den ersten Ausgaben der ab 1956 erscheinenden Fachzeitschrift des Verbandes ‚Die Sprachheilarbeit' ausgiebig dargestellt. Er wendet sich gegen Steinigs Fürsorgekonzept in Westfalen-Lippe und verweist auf die vor allem langjährigen und aus seiner Sicht durchweg positiven Erfahrungen der Schule, welche die ‚Außerschulischen' mangels fehlender Erkenntnisse über diese Art der Förderung eben noch nicht vorweisen könnten (vgl. Wulff 1955, 12). Öffentliche Vorbehalte gegen die Sprachheilschule meldet Steinig im Gegenzug ebenfalls an.
„Er argumentierte, schulische Übungsbehandlung und Umerziehung führten nicht zum Erfolg ..." (Becker/Braun 2000, 57). Steinig stellte sein Konzept selbstbewusst und auf statistischen Angaben basierend dar.
Die Konflikte zwischen beiden ‚Lagern' wurden auch verbandsintern bzw. in Diskursform ausgetragen. Sie finden ihren vorläufigen Abschluss anlässlich des Zusammentreffens am Rande einer Tagung im Januar 1956 in Hamburg. Der ‚Friedensschluss' erscheint den Beteiligten so bedeutsam, dass darüber an prominenter Stelle in der ersten Ausgabe der neuen Zeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' berichtet wird: „[Es] wird eine grundsätzliche Aussprache herbeigeführt zwischen den Ver-

tretern der Schule und den Vertretern der Fürsorge. Beide Sparten haben in der Vergangenheit Auseinandersetzungen geführt, die sich nicht in jedem Fall durch Sachlichkeit und Achtung vor der Leistung des anderen auszeichneten. Alle Anwesenden versprechen sich, in Zukunft jede Art von Polemik gegeneinander zu unterlassen und gemeinsam am gleichen Strang ziehen zu wollen" (Jürgensen 1956, 21).

Auf ein anderes Feld kontroverser Diskussionen wurde bereits hingewiesen. Die Zuständigkeit für die Förderung Sprachbehinderter war zwischen Sprachheilpädagogen und Taubstummenlehrern umstritten. Der Bund Deutscher Taubstummenlehrer hatte „... sein eigenes Interesse an Sprachheilfragen durch die Bestellung eines Sprachheilreferenten ... bekundet" (Dohse 1978, 9). Waren die Taubstummenlehrer unstreitig die Begründer der Sprachheilarbeit in Deutschland (vgl. Kapitel 3) und hatten sie sich „... bisher auch für sprachheilpädagogische Belange als allein zuständig betrachtet" (Dohse 1978, 10), so wurde nach Neugründung der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' im Jahre 1953 „... ein Umdenken [für die Taubstummenlehrer] erforderlich" (Dohse 1978, 10). Die Frage, die sich der Taubstummenlehrer stellte: „... soll er die Sprachheilbelange als ihm wesensfremd abstoßen?" (Hennig 1953, zit. n. Dohse 1978, 10), beantwortete die weitere Entwicklung des Sprachheilwesens in Deutschland zu Lasten der Taubstummenlehrer.

Die Kompetenz- und Zuständigkeitsdiskussionen zwischen den Medizinern und den Sprachheilpädagogen verlaufen in dem vorgestellten Zeitraum nicht signifikant anders als in anderen Zeiten, wenngleich die Formen des Umganges miteinander respektvoller zu sein scheinen, als dies in späteren Zeiten der Fall sein wird. Das Verhältnis Arzt – Sprachheilpädagoge aus Sicht des Letztgenannten wurde bei der Auseinandersetzung mit dem Wulffschen Referat bereits dargestellt. Eine andere Sicht auf dem gleichen Kongress mag ein Diskussionsbeitrag von Zürneck verdeutlichen, der feststellt: „Der stotternde Neurotiker gehört nur in die Hände des Arztes, *nicht* in die des Pädagogen und *nicht* in die des Psychologen" (Zürneck 1955, 52).

4.4 Zusammenfassung

Manche Entwicklungen im Sprachheilwesen der Nachkriegszeit scheinen eher Zufälligkeiten und radikalen Umbrüchen jener Zeit zuzuschreiben zu sein. So lassen sich bei der Analyse der veröffentlichten Auffassungen, implizite und gelegentlich explizite sprachheilpädagogische Erziehungs- und Therapie-/Theoriekonzepte und Wissenschaftsposition des Faches sowie Traditions- und Verbindungslinien aufzeigen. Diese haben seit den Anfängen der Sprachheilpädagogik, und unbeschadet durch Kriegswirren und Ideologiebarrieren, den Weg bis in die paradigmatischen Aussagen zum Wesen des Faches am Anfang des 21. Jahrhundert in bedeutenden Teilen überstanden.

Die Sprachheilpädagogik versteht sich seit Beginn als anwendungsorientiert ausgerichtet, das heißt, die Entwicklung eines theoretischen Konzeptes, folgte auch in den Jahren nach 1945 neben dem ‚Überbau', den die Geisteswissenschaftliche Pädagogik lieferte, vor allem den pragmatischen Anforderungen des therapeutischen oder sonderpädagogischen Aufgabenfeldes.

Manche Vertreter der Westdeutschen Sprachheilpädagogik urteilen über die Theoriearmut und den Pragmatismus des Faches in den Jahren nach 1945 (vgl. Homburg 1978, Baumgartner 1998). Für viele gilt Orthmann als ein Sinnstifter durch seinen 1968 und später formulierten Eigenständigkeitsanspruch der Sprachheilpädagogik mit dem Primat der Pädagogik gegenüber der Therapie und Medizin. Es wird weitgehend übersehen, dass nicht die ‚Handlung' der Sprachheilaktivisten wie Wulff oder Wiechmann eine ‚von oben', durch die universitäre Lehre geprägte Theorie nach sich zog, sondern dass die Theorieimplikate von Rothe, Hansen, Dilthey, Weniger, Spranger, Litt und anderen sprachheilpädagogisches Handeln prägte und motivierte: Nicht die Handlung prägte die Theorie sondern die Theorie (des umzuerziehenden, der Hilfe bedürfenden sprachbehinderten Schützlings) prägte die Handlung. Statt, wie es Braun/Macha-Krau formulieren – „... die geisteswissenschaftliche Pädagogik der Weimarer Zeit schlägt sich vor allem in der bildungstheoretischen Didaktik der Sprachheilschule nieder" (Braun/Macha-Krau 2000, 63) – sollte es unter Einbeziehung des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes heißen: Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik, die auf die mit Sprachheilaufgaben befassten Pädagogen und Therapeuten trifft, schlägt sich in der Dialektik von Therapie und Unterricht, zwischen heilen und erziehen nieder.

Die Geisteswissenschaftliche Pädagogik liefert den notwendigen Rahmen zur Integration sprachheilpädagogischer Vorstellungen über das Förderziel, über den Förderort und über die Persönlichkeit des Förderers der sprachauffälligen Schüler. Unter diesem ideologischen Dach finden der Pragmatismus des in der Schul- und Therapiepraxis stehenden Sprachheilpädagogen und die Ideale des Helfers eines schutz- und förderbedürftigen Menschen eine gemeinsame Heimstatt. Fachspezifischer Eklektizismus wie er die Veröffentlichungen der Sprachheilpädagogen dieser Zeit durchzieht, ist Ausdruck fehlender evaluierter Therapiedaten und fehlenden Interesses an diesen, weil ein anderes therapeutisches Paradigma, das des umzuerziehenden Educandi, im Mittelpunkt steht.

Eine Reflektion über die zukünftigen Ziele des Faches unter Berücksichtigung vorhandener Problemfelder findet nicht statt. Das Verhältnis von Pädagogik zur Therapie wird ebenso wenig thematisiert, wie das Verhältnis zur Medizin/Phoniatrie, trotz der bekannten und unbearbeiteten, differierenden Positionen der Vorkriegszeit. Eine Standortbestimmung bleibt aus, der Pragmatismus des Alltags regiert. Die Konflikte und Chancen, die sich aus einer offensiven Auseinandersetzung mit den kontrovers diskutierten Konzepten von Fürsorge versus Sprachheilschule, Sprachheilheim versus Sprachheilambulanz ergeben könnten, bleiben ungenutzt.

Neben den Auf- und Ausbauleistungen dieser Zeit werden Versuche, die Sprachheilpädagogen standesmäßig und ökonomisch in das neue Deutschland hinein zu platzieren, unübersehbar, wenngleich diese Interessenvertretung eher verschämt erfolgt.

Die Reorganisation des Verbandes der Sprachheilpädagogen geht der Reorganisation der universitären Ausbildung voraus. Die Dominanz des Pragmatismus vor der Konzeption greift auch hier. Der ambulante Therapiebereich gerät unter dem Fokus auf die Erziehungsaufgabe der Sprachheillehrer an den Rand der Wahrnehmung. Die Sprachheil**pädagogik** prägt nachhaltig das Verständnis und die Wertigkeit der Sprach**therapie**.

5. Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Deutschland von 1955 bis 1965

Vorbemerkung

In der zu untersuchenden Dekade bilden sich drei verschiedene Entwicklungsstränge heraus, die voneinander formal getrennt, aber inhaltlich aufeinander bezogen, Grundlegendes für das deutsche Sprachheilwesen bewirken:

- *Die Etablierung der Logopädie als ein neben der Sprachheilpädagogik entstehender Arbeitsbereich zur Versorgung sprachbehinderter Menschen*
- *Der Ausbau des deutschen Sprachheil(schul)wesens in der BRD und der DDR*
- *Die Schaffung formaler Rechts- und Rahmenbedingungen für die klinisch-therapeutische Sprachförderung und -rehabilitation in Westdeutschland durch das Bundessozialhilfegesetz*

Jeder dieser Bereiche bedürfte einer eigenständigen umfangreichen Darstellung und Auswertung der Quellen. Im Rahmen des an dieser Stelle zu leistenden Überblicks ist das jedoch nicht möglich. Auf spezifische Details wird daher im Einzelfall zu Gunsten einer Gesamtschau verzichtet.

Fortgeschrieben werden muss – leider – die Vorbemerkung des vorangegangenen Kapitels in Bezug auf die Quellenlage für den Therapie- und Arbeitsbereich der außerschulischen Sprachheilpädagogik und Logopädie. Nach Auswertung von einschlägigen Fachzeitschriften, Lehrbüchern und Kongressberichten, liegen für diesen Zeitraum äußerst wenige differenzierte Primärquellen zur Arbeitssituation in diesem Praxisfeld vor. Vergleichsweise ausführlich dokumentiert ist hingegen die Entwicklung der außerschulischen Sprachheilfürsorge in Westfalen-Lippe sowie die Entwicklung des Sprachheilschulwesens.

5.1 Die historische Faktenlage

Am 10. November 1955 trafen sich in Hannover Vertreter der Taubstummenlehrer, des Verbandes Deutscher Sonderschulen, der Landesbeauftragten für das Sprachheilwesen sowie der Sprachheilpädagogen und beschlossen „... das Sprachheilwesen mit Energie auszubauen“ (Schmähl/Dohrmann/Wulff/Hennig 1956, 21).

Dieses Ziel wurde erreicht. Nach der Phase der Neuorientierung und der vereinzelten Neukonzeptionierung in den ersten Jahren nach Kriegsende begann nun eine Zeit der Konsolidierung und Prosperität, das sogenannte Wirtschaftswunder, auch für das deutsche Sprachheilwesen. Obwohl dieser Begriff für den Westen geprägt wurde, trifft er für die Sprachheilarbeit in Ost- wie in Westdeutschland doch gleichermaßen zu.

Weisen die Statistiken für Westdeutschland 1955 noch zehn Orte aus, an denen Beratungen und ambulante Behandlungen bei Sprachstörungen durchgeführt wurden, so sind dies im Jahre 1963 bereits 240! Die Anzahl der Schulen verdoppelt sich in diesem Zeitraum: von 20 im Jahre 1955 auf 39 im Jahre 1963. Im Jahre 1960 bestehen „...mehr als 31 Ambulanzen und Kliniken für Stimm- und Sprachheilkunde auf dem Gebiet der BRD“ (Dupuis 1983, 281; vgl. auch Thorwarth/Wiechmann 1970; Becker/Braun 2000, 233). In der DDR wächst die Zahl der Sprachheilschulen von 13 im Jahre 1952 auf 23 im Jahre 1963 an; der Ausbau der ambulanten Beratungsstellen für Sprachbehinderte, der im Jahre 1955 beginnt, führt dazu, dass im Jahre 1963 schon 77 solcher staatlichen Einrichtungen ihre Arbeit aufgenommen haben (vgl. Becker/Braun 2000, 167 ff.).

Die Anzahl der wissenschaftlichen Fachtagungen und Kongresse wächst stetig, der Ausbau der Studienstätten und die Anzahl der sprachheilpädagogischen Fachkräfte nimmt ebenso deutlich zu. Je differenzierter das Sprachheilwesen in Deutschland expandiert, um so spezifischer entwickeln sich einzelne Problemstellungen.
Zu Fragen der zukünftigen Ausbildung von Fachkräften für die Förderung und Rehabilitation von sprachbehinderten Menschen oder der von Sprachbehinderungen

bedrohten Menschen beispielsweise, äußern sich die ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' (Wulff 1962, 153), Gutzmann, H. jun. (1958, 11), Kolibius (1958, 51), Schulze (1960, 251 ff.), Biesalski (1965, 32 u. 69), Boers (1964, 231), von Essen (Essen von 1965, 66), Wiechmann (1965, 26), Orthmann (1965, 65) und viele andere, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und teilweise untereinander unvereinbaren Vorstellungen und Zukunftsentwürfen auf der Grundlage differierender Problemsichten.

Das bisher relativ überschaubare deutsche Sprachheilwesen verliert sich darüber hinaus infolge der Trennung beider deutscher Staaten und der weiter fortschreitenden Beziehungs- und Kontaktverluste unter den verantwortlich Handelnden.

5.1.1 Die Entwicklung des Sprachheilwesens in der DDR

Den bedeutsamsten Unterschied zwischen den Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland bildet aus Sicht der klinisch-therapeutischen Sprachheilpädagogik der weitere Ausbau der Ambulatorien für Sprach- und Stimmgestörte auf dem gesamten Gebiet der DDR.

Dahlmann und später Becker hatten als Lehrstuhlinhaber an der Humboldt-Universität in Ost-Berlin gemeinsam mit anderen darauf hingewirkt, diese Form sprachtherapeutischer Förderung neben der Sprachheilschule zu etablieren. „So beachtenswert der Zuwachs an Sprachheilinstitutionen auch war, er konnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit keineswegs eine ausreichende Erfassung sprachgestörter Kinder gewährleistet werden konnte. ... Auf der Grundlage der Verordnung über die Berufsausbildung und Berufsausübung außerschulisch tätiger Sprach- und Stimmheillehrer entstanden sogenannte ‚Ambulatorien für Sprach- und Stimmgestörte' in den Kreisen, die später Beratungsstellen genannt wurden“ (Becker/Braun 2000, 82).
Der Ausbau der Ambulanzen erfolgte, nachdem statistisches Material über den Erfolg der Heilung bei Stottern nach erfolgreichem Abschluss der Sprachheilschule ausgewertet worden war und teilweise unbefriedigende Ergebnisse gezeigt hatte.

Zwar waren nach Meinung der Untersucher den Schülern soziale und schulische Nachteile erspart geblieben, die Stottersymptomatik war jedoch nicht in allen Fällen zufriedenstellend rehabilitiert worden. Es wurde daher vermutet, „... dass die ambulante Behandlung von Stotterern unter Ausnutzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse im Gegensatz zu früheren Annahmen durchaus brauchbar ... und deshalb zu rechtfertigen sein müsste“ (Becker/Braun 2000, 94).
Die Ergebnisse einer dreijährigen Pilotstudie stellte Becker 1958 vor und resümierte: „Die Frage nach der Brauchbarkeit der ambulanten Behandlung [Stottern] kann unter den gegenwärtigen Verhältnissen positiv beantwortet werden“ (Becker 1958 zit. n. Becker/Braun 2000, 95). Als weitere Schlussfolgerungen wurden gezogen, den Einsatz der ambulant tätigen Sprachheillehrer erheblich zu verstärken und den Kontakt zwischen Sprachheilpädagogen und Ärzten aus Optimierungsgründen und zum Wohle der Sprachgeschädigten staatlich zu regeln (vgl. Becker/Braun 2000, 94 ff).
Die Behandlung sprachauffälliger Kinder in den Ambulanzen beschränkte sich jedoch nicht allein auf stotternde kleine Patientinnen und Patienten. Untersuchungen zur Häufigkeit von Sprachstörungen im Vorschulalter, wie sie auch in Westdeutschland beispielsweise von Loebell vorgestellt wurden (Loebell 1965, 30) ergaben behandlungsbedürftige Sprachstörungen bei fünf- bis sechsjährigen Kindern von ca. 10%. Becker, R. forderte daraufhin, dass „... die Ambulatorien und Sprachheilkindergärten sich dieser Kinder gezielt annehmen müssten“ (Becker/Braun 2000, 99). Im Ergebnis dieser Betrachtungen ging in der DDR der Auf- und Ausbau der Ambulatorien besonders zügig voran. Die Gründe dafür fasst Becker, K.-P. wie folgt zusammen: „Bei einem relativ geringen personellen und materiellen Einsatz konnte ein hoher Wirkungsgrad erzielt werden. Viele Kinder blieben im Verband ihrer örtlichen Schule und stimmgestörte Erwachsene erhielten einen nahen Ansprechpartner und Hilfe. ... Es eröffnete sich eine Möglichkeit, die rückständige sprachheilpädagogische Versorgung ländlicher Gebiete zu überwinden. Überall, wo sich eine Kooperation mit den ortsansässigen Ärzten oder Landambulatorien bot, wurde sie wahrgenommen“ (Becker/Braun 2000, 107).

Dem Konzept, aus Gründen der frühen Förderung bereits vor Schulbeginn sonderpädagogisch, das hieß auch sprachheilpädagogisch, intervenieren zu wollen, folgte im

Jahre 1958 die „Anordnung über die Ausbildung von Lehrern, Erziehern und Kindergärtnerinnen für Sonderschulen" (Becker/Braun 2000, 171), die regelte, die Ausbildung der Sonderschullehrer auf zwei Jahre zu verlängern und ebenfalls die Ausbildungszeiten der Kindergärtnerinnen auszudehnen.
Im Jahre 1956, im Jahr der Erstausgabe der westdeutschen Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit", erschien in der DDR erstmals „Die Sonderschule", in welcher auch Diskussionen und Themen der Sprachheilarbeit publiziert wurden.

Die positiven Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung sowie grundsätzliche gesellschaftspolitische Auffassungen über Bildung und Erziehung im sozialistischen Schul- und Fördersystem veranlassten die Regierung in Ostdeutschland, im Februar 1965 das ‚Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem' in Kraft zu setzen, das bis zum Ende der DDR Gültigkeit besaß. Nach der letztmaligen Revision im Jahr 1968 heißt es: „ In Sprachheilschulen oder durch ihre ambulant tätigen Sprach- und Stimmheilpädagogen werden Kinder und Jugendliche gebildet, erzogen und sonderpädagogisch behandelt. [...] Die sonderpädagogische Behandlung Sprach- und Stimmgeschädigter erfolgt in der Regel durch ambulant tätige Pädagogen in sonderpädagogischen Beratungsstellen. Kinder mit solchen Sprachstörungen, für deren Behandlung die Bedingungen der Beratungsstelle nicht genügen, sind in Vorschulgruppen oder Sprachheilschulen zu überweisen" (Fünfte Durchführungsbestimmung zum Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem, zit. n. Becker/Braun 2000, 109).

Sprachbehinderte wurden in der DDR ‚in der Regel' ambulant gefördert und behandelt, die Aufnahme in die Sprachheilschule stellte die Ausnahme von dieser Regel dar. Ein entscheidender Unterschied zwischen beiden deutschen Staaten bei der Betreuung und Förderung sprachauffälliger Menschen war und blieb damit gesetzlich festgeschrieben.

5.1.2 Die Entwicklung der Logopädie in der BRD bis 1965

„... bis zum Ende der 50er Jahre ist die Ausbildung zur Logopädin eine spontane Angelegenheit“ (Braun/Macha-Krau 2000, 72). Dies änderte sich erstmals, als im untersuchten Zeitraum die Logopädie als eigenständiger Ausbildungsweg entstand. Prof. Dr. H. Gutzmann jun. begann an seinem Berliner Ambulatorium am 15.7.1962 mit der ersten Ausbildung von Logopädinnen. Diese Ausbildung wurde am 3.1.1963 staatlich anerkannt und der lang gehegte Wunsch der Phoniater, einen medizinischen Assistenzberuf zur Behandlung von Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen zu schaffen, war damit realisiert worden (vgl. Heinemann 1997).

Dr. Dr. Manfred Stürzbecher, Leitender Medizinaldirektor a.D. in Berlin, widmet in einem detailreichen Aufsatz aus dem Jahre 1994 (innerhalb des von dem Phoniater Gross veröffentlichten Buches „30 Jahre Logopädie in Deutschland“) der Arbeit von Hermann Gutzmann jun. breiten Raum. Unter Auswertung der Berliner Universitätsarchive und durch Rückgriff auf private Quellen verdeutlicht er u.a. die Vorstellungen und Ziele, die Gutzmann mit der Logopäden-Ausbildung verbindet, insbesondere auch in der Differenzierung zum Sprachheilpädagogen. Vorstellungen, die den Beruf des Logopäden bis heute prägen.
Aus einem undatierten Vortragsmanuskript von Gutzmann, das aus den Jahren 1958 oder 1959 stammt, sei daher an dieser Stelle ausführlich zitiert: „ Schon seit vielen Jahren wurde anerkannt, daß für die Behandlung der in Rede stehenden Störungen dem Arzt ein Mitarbeiter beigegeben werden muß, der ihm die rein praktische Arbeit abnimmt und ihn von einigen fachlichen Aufgaben entlastet, ohne selbst schon als Arzt ausgebildet sein zu müssen. ... Wir nennen diesen Personenkreis ‚Logopäden’ und folgen damit dem internationalen Brauch. Es ist sichtlich, diese Bezeichnung für den in Rede stehenden Personenkreis beizubehalten und dadurch scharf abzugrenzen gegen die Berufsgruppe der Sprachheilpädagogen, weil er einen wesentlich anderen Aufgabenkreis ausfüllen soll, als der Sprachheilpädagoge. Der Sprachheilpädagoge stellt eine eigene Gruppe der Sonderschullehrer dar. Es handelt sich dabei stets um voll ausgebildete Volksschullehrer, die durch eine mehrsemestrige zusätzliche Ausbildung für ihren selbstgewählten Sonderberuf in Sprachheilschulen ...vorbereitet

werden. Nach Ablegung eines besonderen Examens erhalten sie dann eine offizielle Bestätigung darüber von dem zuständigen Landesprüfungsamt. Infolgedessen erfolgt auch die tarifliche Eingruppierung der Sprachheilpädagogen nach völlig anderen Gesichtspunkten als die der Logopäden und von anderer Seite her. – Die Sprachheilpädagogen unterstehen dem Senator für Volksbildung (Kultusminister) – die Logopäden unterstehen dem Senator für Gesundheitswesen, da sie unter das medizinische Personal gerechnet werden müssen ... ich stelle noch einmal fest: Der Logopäde ist ein Mitarbeiter des Facharztes mit einer besonderen Ausbildung. Der Sprachheilpädagoge ist stets ein voll ausgebildeter Lehrer mit einer zusätzlichen Ausbildung für Sonderschulen. Dennoch ist die Aufgabe des Logopäden die Behandlung der ihm vom Arzt zugewiesenen Sprach- und Stimmkranken.
Die Aufgabe des Sprachheilpädagogen ist in erster Linie die rein schulisch-pädagogische Betreuung der ihm aufgrund der Schulgesetze zugewiesenen Kinder. In diesem Rahmen ist er auch für die Sprachbehandlung der mehr in Sprachheilschulen zusammengefassten Kinder verantwortlich. Aber auch hier ist ein Facharzt mit der Kontrolle beauftragt, ... Es hat schon immer oder genauer seit es Universitätsinstitute zur Behandlung von Stimm- und Sprachkranken gibt, auch Logopäden gegeben.“ (Gutzmann weist auf die unterschiedlichen Versuche hin, Assistenten für den Phoniater auszubilden, erwähnt dass diese Uneinheitlichkeit unbefriedigend war und sei und fährt fort:) „Im Juni 1954 in Düsseldorf wurden [im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde] folgende einheitliche Richtlinien für die Ausbildung von Logopäden festgelegt:
Die Ausbildung soll zwei Jahre, gleich vier Semester, umfassen. Falls die Kandidaten bereits eine anderweitige entsprechende (z.B. sozialpädagogische) Berufsausbildung nachweisen können, kann die oben geforderte Ausbildungszeit verringert werden. Die in einem Fachinstitut zu verbringende Ausbildungszeit muß aber jedenfalls immer mindestens zwei Semester betragen“ (Gutzmann jun. zit. n. Stürzbecher 1994, 49 f.).

Im Oktober 1958 stellte Gutzmann erstmals einen Antrag zur Errichtung einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für Logopäden und legte einen entsprechenden Verordnungsentwurf vor (vgl. Stürzbecher 1994, 47).

*Wie in einem Brennglas werden bei Gutzmann die zukünftigen Entwicklungslinien der Logopädie sowie die Konfliktgrenzen innerhalb der Logopädie und zu den Sprachheilpädagogen deutlich: Der Logopäde wird als Assistent des Arztes definiert, daher laufen logopädische Bestrebungen nach einer Aufwertung der Tätigkeit, diesem ärztlichen Heil**hilfs**berufverständnis diametral entgegen (vgl. den ‚Kampf' des Logopädenverbandes, im Vorfeld des Logopädengesetzes von 1980 die Eingangsvoraussetzungen zur Ausbildung auf Abiturniveau zu erhöhen, sowie die Bemühungen des dbl in den letzten Jahren, eine Akademisierung der Ausbildung zu erreichen).*
Der Sprachheilpädagoge wird als Lehrer verstanden, dessen Kompetenz und Zuständigkeit mit dem Kostenträger (Kultusbehörde) beginnt aber auch endet. Eine Ausdehnung sprachheilpädagogischer Aktivitäten auf den vor- oder nachschulischen Raum wird als Grenzüberschreitung in ärztliches Gebiet interpretiert und entsprechend grundsätzlich missbilligt.
Welche Undifferenziertheit in einer Gedankenführung besteht, die fachliche Kompetenz des Einzelnen nicht von der Qualifikation sondern vom Handlungsfeld ableitet in welchem er tätig ist (innerhalb der Sprachheilschulen ist der Sprachheilpädagoge zur Behandlung von Sprachstörungen geeignet, außerhalb dieses Förderortes ist er das nicht – außerhalb der Sprachheilschulen ist der Logopäde zur Behandlung von Sprachstörungen geeignet, innerhalb dieses Förderortes ist er das nicht), sei zusätzlich anzumerken gestattet, wenngleich dieses Paradoxon nahezu unbemerkt ministerielle Erlasse und bildungspolitische Vorstellungen dauerhaft und hartnäckig kennzeichnet. Dass die Position Gutzmanns bis in die heutige Zeit die Auffassung der Phoniatrie widerspiegelt, verdeutlicht Gross wenn er festhält: „So wird auch in Zukunft die Versorgung von Sprachbehinderten im Schulalter Hauptaufgabe von entsprechenden Sonderschullehrern sein, während die Behandlung im Vorschulalter überwiegend Aufgabe von Logopäden sein wird“ (Gross 1994, 7).

Auf dem Kongress der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland', der 1958 in Hamburg stattfand und diesmal die ‚Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen' zum Thema gewählt hatte, nutzte Gutzmann die Gelegenheit, seine Überlegungen zur zukünftigen Tätigkeit von Logopädinnen und Logopäden und deren Ausbildungsorganisation einem breiten Fachpublikum vorzustellen: „Handelt es sich aber um eine schwere Sprachschädigung, wo logopädische Spezialbehandlung erforderlich wird, so kann der Facharzt das Klein-Kind einem fachärztlichen Institut für Sprachkranke zur Behandlung durch die dort tätigen Logopäden zuweisen. Derartige Ambulatorien oder Universitätspolikliniken bestehen [bestehen, **nicht** entstehen, V.M.] z.Z. an allen deutschen Universitäten. Es ist dabei vielleicht auch für diesen Kreis von Interesse zu hören, daß an größeren kieferchirurgischen Kliniken und an Instituten für Hirngeschädigte Bestrebungen deutlich werden, Fachkräfte für logopädische Spezialbehandlungen an diesen Kliniken anzustellen, um also auch diesen Kreis der Sprachgestörten zu betreuen. Die Ausbildung dieser logopädischen Fachkräfte muß von den Universitätsinstituten für Sprach- und Stimmheilkunde in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät durchgeführt werden. Nun tritt also ... die Logopädin in unser Team ein“ (Gutzmann, H. jun. 1958, 11).

Interessant für die Sprachheilpädagogik ist es festzuhalten, dass aus ärztlicher Sicht eine Versorgungslücke im Bereich der zentralen Sprachstörungen (Hirngeschädigte) und der orofacialen Funktionsstörungen (Kieferchirurgie) geschlossen werden sollte. Interessant deshalb, weil Wulff und andere auf die Kompetenzen und Tätigkeiten der Sprachheilpädagogen auch in diesem Bereich stets hingewiesen hatten (vgl. Wulff 1955). Bemerkenswert scheint andererseits, dass Gutzmann 1958 behauptet, es gäbe ausreichend fachärztlich geleitete Institute für Sprachkranke, nämlich „an allen deutschen Universitäten“, in die überwiesen werden könne. Bemerkenswert daher, weil seine Ehefrau Luise, Sprachheilpädagogin und erste und langjährige Vorsitzende des „Zentralverbandes für Logopädie“ 1984, im Rückblick auf 20 Jahre Logopädie, feststellt: „Damals [1964 !] gab es in Deutschland nur drei Ambulatorien für Stimm- und Sprachkranke: in Berlin, München und Münster“ (Gutzmann, L. 1984, 10, zit. n. Braun/Macha-Krau 2000, 71).
Die Kernkonzeption der zukünftigen Ausbildung, „in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät“ (Gutzmann, H. 1958, 11; s.o.), übernimmt Gutzmann von Fröschels, der „... die Ausbildung der Sprachheillehrer als Sache der Ärzte erklärte, da

nur sie [die Ärzte] das ganze Gebiet beherrschen (Tagungsbericht [Das sprachkranke Kind, Halle 1929] 1930, S. 97)" (Dohse 1978, 7).
Die Details der Ausbildung stellt Boers auf der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde am 31.5.1963 vor. Wie es in dem Bericht von Erika Leites über diese Versammlung heißt: „ Frau Boers, Berlin, referierte ‚Zur logopädischen Ausbildung'. Zu Beginn ihres Referates gab sie ihre Definition der Berufsbezeichnung ‚Logopäde': dies sei ein Sprachheilpädagoge (!!!)" (Leites, E. 1964, 231). Diesen Bericht musste Frau Leites auf Intervention von Frau Boers jedoch richtig stellen. In der Zeitschrift 'Die Sprachheilarbeit' (Heft 3, 1964, S. 268) erfolgt folgende ‚Berichtigung': „Auf Seite 231 heißt es in der 2. Zeile – das Referat von Frau Dr. Boers betreffend – : ‚... gab sie ihre Definition der Berufsbezeichnung ‚Logopäde': dies sei ein Sprachheilpädagoge (!!!)'. Dieser Satz ist unzutreffend. Frau Dr. Boers hat der ‚Sprachheilarbeit' schriftlich mitgeteilt, daß die in Berlin ausgebildeten ‚Logopäden' Medizinalhilfspersonen sind. Sie ist mit uns einer Meinung, daß zwischen den Berufsbezeichnungen ‚Logopäde' und ‚Sprachheilpädagoge' endlich eine klare Unterscheidung herbeigeführt werden sollte" (Leites, E. 1964, 268).

Es ist aufschlussreich festzustellen, welch hohe Kongruenz die von Boers 1963 erläuterten Ausbildungsinhalte, zu der Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Logopäden (LogAPro) des 1980 verabschiedeten Gesetzes über den Beruf des Logopäden aufweisen (vgl. Leites, E. 1964, 231; Raps 1980).
Wie frühzeitig staatliche Stellen der Gesundheitsbürokratie in die Pläne zur Schaffung eines logopädischen Berufes eingebunden waren, ist u.a. dadurch belegt, dass „... sich die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder schon Mitte der fünfziger Jahre mit dem Berufsbild der Logopäden beschäftigt [hat]. Damals schloß sich die Arbeitsgemeinschaft der Meinung Niedersachsens[1] an, daß es sich hierbei um einen Heilhilfsberuf handelt, nicht um einen pädagogischen Beruf und auch nicht um einen Heilpraktikerberuf" (Stürzbecher 1994, 47).
Innerhalb der Phoniatrie gehen die Vorstellungen über die Diversifikation sprachtherapeutischer Aufgaben zum Teil jedoch noch weiter. So regt Loebell in einem Referat über ‚Die Aufgaben des Landesarztes bei der Rehabilitation der Sprachgeschä-

[1] In Niedersachsen findet seit 1963 die Ausbildung zum ‚Sprachtherapeutischen Assistenten' statt. Einem staatlich anerkannten Heilhilfsberuf.

digten' an: „Besondere Aufmerksamkeit ist dabei der ... Ausbildung von Sprachheilpädagogen, Logopäden und **logopädischen Helfern** [Hervorhebung V.M.] zu widmen. Die letztgenannte Gruppe sollte sich aus Fürsorgerinnen, Kindergärtnerinnen und -hortnerinnen zusammensetzen,... die [die] regelmäßigen Übungen der Kinder überwachen" (Loebell 1964, 32).

Uneindeutig sind Aussagen einzelner Phoniater zum Selbstverständnis des Logopäden. Es ist Biesalski[2], der im Anschluss an den Vortrag Loebells bemerkt, „... dass der Ausbildung von Logopäden als **medizinisches Hilfspersonal** [Hervorhebung V.M.] viel mehr Bedeutung als bisher beigemessen werden muß" (Loebell 1965, 33). Auf der gleichen Tagung nuanciert er an anderer Stelle deutlich anders, wenn er wiederum als Diskussionsredner nach einem Vortrag Otto von Essens darauf aufmerksam macht: „... Der Logopäde ist **nicht** ‚Hilfskraft' [Hervorhebung V.M.] im Sinne einer medizinisch-technischen Assistentin, sondern in weiten Bereichen selbständig und verantwortlich tätiger Mitarbeiter des Stimm- und Spracharztes" (von Essen 1965, 68).

Im Oktober 1964, zwei Jahre nach Beginn der ersten Ausbildung von Logopäden in Deutschland, gründeten die Berliner Logopädinnen den ‚Zentralverband für Logopädie'(ZVL), der bei seiner Gründung 14 Mitglieder aufwies. Anläßlich des 25jährigen Bestehens des ZVL erinnert sich auch der Phoniater Biesalski und bemerkt: „Die Entwicklung des Zentralverbandes stand zunächst unter keinem guten Stern, weil ein gesetzlich gesichertes Berufsbild nicht bestand. ... In dieser Zeit trieb die Mangelsituation an Therapeuten seltsame Blüten von ‚Behandlern' bis hin zur Scharlatanerie. Wir Phoniater waren damals die einzigen wirklichen Freunde der Logopädie" (Biesalski 1989, 153).

Beispielhaft für die Haltung der Sprachheilpädagogen zur Entstehung des Logopädenberufes sei nochmals Erika Leites zitiert: „Sprachheillehrer [können sich] seit der Errichtung dieser ‚Lehranstalt für Logopäden' wohl nicht mehr als ‚Logopäden' bezeichnen. Sie können nicht als ärztliche Erfüllungsgehilfen gelten" (Leites, E. 1964, 231).

---

[2] Biesalski führt 1982 als Leiter der Mainzer Klinik für Kommunikationsstörungen eine leidenschaftliche und paradigmatische Auseinandersetzung mit dem Inhaber des Lehrstuhls für Sprachheilpädagogik an der Universität Mainz, Westrich (vgl. Biesalski 1982, 71 ff), über die Zuständigkeit von Logopäden oder Sprachheilpädagogen bei der Therapie von Sprachstörungen (s. auch Kapitel 8).

5.1.3 Entwicklungen und Rahmenbedingungen für die Konstituierung des außerschulischen Sprachheilwesens in der BRD von 1955-1965

War der Ausbau der außerschulischen Sprachheilarbeit in der DDR von staatlich verordneter Einheitlichkeit gekennzeichnet, so war die Entwicklung im Westen Deutschlands, einem pluralistischen Staatsverständnis mit weitreichenden Autonomierechten der Bundesländer folgend, heterogen.
Abgesehen vom Sonderweg in Westfalen-Lippe, Niedersachsen oder in Baden-Württemberg, das orientiert an Westfalen-Lippe ebenfalls versuchte die Sprachheilfürsorge auszubauen, ergaben sich für Sprachheilpädagogen/Logopäden, die außerschulisch tätig waren „... Probleme, die bislang nur persönlich oder lokal geregelt werden konnten“ (Leites, K. 1965, 96).

Der an Schärfe gewinnende Paradigmenstreit, ob Sprachtherapie eine pädagogische oder eine medizinische Aufgabe sei, wie Trennlinien und Überschneidungen zu definieren seien, welche Personengruppen und welche Kostenträger (Kultusbehörden→ schulisch/pädagogische Zuständigkeit; Sozialversicherungsträger→ rehabilitativ/ medizinische Zuständigkeit) heranzuziehen seien und weitere Problemstellungen wurde seit der Schaffung der ersten Logopädenausbildung bei Gutzmann in Berlin zunehmend pointierter diskutiert. Da diese neue Ausbildung nicht plötzlich, geradezu unerwartet über die betroffenen Berufsgruppen wie die Sprachheilpädagogen, die Phoniater, die Hals-Nasen-Ohrenärzte, die Taubstummenlehrer, die Neurologen, Psychologen und andere ‚hereinbrach’, zeichneten sich Entwicklungen und entsprechende Positionierungen der Beteiligten schon in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts ab (siehe hierzu auch ‚Positionen und Paradigmen’ sowie ‚Diskussionen und Diskurse’ in diesem Kapitel).

Die formalen Voraussetzungen zur Erbringung außerschulischer Sprachtherapie waren eindeutig: Mit dem ‚Fürsorgeänderungsgesetz’ aus dem Jahre 1953 (vgl. Kapitel 4) war die Kostenträgerschaft und die Pflicht, außerschulische Hilfen zur

Rehabilitation Sprachgeschädigter anzubieten, für die Länder, Städte und Gemeinden eindeutig festgelegt. Das „Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und für die von einer Körperbehinderung bedrohten Personen“ vom 27.2.1957 fasste auch Sprachbehinderte infolge von Lippen-Kiefer-Gaumen Spalten, Seelentaube oder Hörstumme, die in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt waren, unter die Schutz- und Fürsorgebestimmungen des Gesetzes mit weitergehenden Rechten für den betroffenen Personenkreis als im Fürsorge*änderungs*gesetz von 1953 (vgl**.** Schaudienst 1965). Das ‚Fürsorge**zuständigkeit**sgesetz’ des Landes Nordrhein-Westfalen vom 28.5.1958 trug den positiven Erfahrungen, die unter anderem mit der Konzeption der Sprachförderung und -rehabilitation, wie sie Steinig in Westfalen entwickelt hatte, Rechnung und bewirkte, „... dass die außerschulische ambulante und stationäre Sprachheilfürsorge anerkannt [wurde]“ (Becker/Braun 2000, 203). Auch wenn dieses Landesgesetz in den übrigen Bundesländern keine direkte Nachahmung erfuhr, fanden sich die wesentlichen Implikate, die auch die grundsätzlichen Möglichkeiten ambulanter, stationärer oder teil-stationärer Sprachtherapie betrafen, im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1962 wieder.

Den organisatorischen und inhaltlichen Vorgaben von Steinig war das Land NRW also gefolgt und so konnte er im Frühjahr 1958 in der ‚Sprachheilarbeit’ zu Recht feststellen: „Da ein Sprachleiden im Gegensatz zu dem Gebrechen der Schwerhörigkeit oder Taubheit ein beeinflußbares Leiden ist und in vielen Fällen zu einer Heilung geführt werden kann, ist sprachgeschädigten Menschen nach Art und Grad ihres Leidens ein H e i l v e r f a h r e n, ambulant oder stationär, im Rahmen der fürsorgerechtlichen Bestimmungen, sofern Hilfsbedürftigkeit vorliegt, zu gewähren“ (Steinig 1958, 71). Das Separierungsverständnis, das Steinig dabei Sprachstörungen und ihren Behandlungen zugrundelegt, kann allerdings auch aus einer historischen Sicht durchaus befremden. So führte er ein Jahr vorher dazu aus: „Die Unterbringung zur stationären Behandlung in einem Heim wird für solche Patienten notwendig werden, die neben dem Sprachfehler noch durch Symptome verschiedenster Art auffällig sind, wie fehlerhafte Gewohnheiten, Kontaktstörungen, Selbstunsicherheit, Bettnässen, Onanie, Aggression u.a.m.“ (Steinig 1957, 18).

Der Anspruch auf Sprachtherapie war weiter festgeschrieben worden, aber auch über die Kostenträgerschaft wusste Steinig Eindeutiges zu berichten: „Medizinalrat Dr. Schreiber hatte... in einem Gutachten für den ‚Verband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe' in Dortmund den Nachweis erbracht, daß Sprachleiden ‚Krankheiten' im Sinne der RVO [**R**eichs**v**ersicherungs**o**rdnung] sind und damit Krankenhilfe nach § 182 der RVO erfordern" (Steinig 1958, 73). Geraume Zeit vor dem üblicherweise als Stichtag für die Kostenübernahmeverpflichtung der Krankenversicherung bei Sprachtherapien geltenden ‚Rehabilitationsangleichungsgesetz' vom 7.8.1974 war, zumindest in Westfalen-Lippe, die Zuständigkeit **auch** der Krankenkassen für die Übernahme entstehender Kosten geregelt.

Damit war allerdings auch ein Präjudiz geschaffen worden zur Beantwortung der Frage, in welche Zuständigkeit die Behandlung von Sprachstörungen fällt. Lag eine Krankheit im Sinne der RVO vor, war der Arzt zuständig, lag eine soziale Hilfebedürftigkeit im Sinne des 1962 in Kraft gesetzten BSHG vor, konnte dies der (Sprachheil-)Pädagoge sein. Dennoch blieb die Aussage: „Die Sprachheilbehandlung ist Aufgabe der Sozialhilfe" (Hollwedel 1965, 16) vom Grundsatz her richtig, da die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung die Ausnahme darstellte.

Die Zahlen, die aus dem Bereich der Sprachheilfürsorge in Westfalen-Lippe der Fachöffentlichkeit präsentiert wurden, waren beeindruckend. Seit „Beginn der fürsorgerischen Sprachheilarbeit in Westfalen-Lippe im Jahre 1948 [wurden] rund 30.500 sprachleidende Kinder ambulant und 1500 stationär behandelt" (Wallrabenstein 1965, 90), und mit einem durchaus ironischen Seitenhieb an die Adresse der dieses Geschehen eher skeptisch beobachtenden und beurteilenden ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' und dessen Vorsitzenden Wulff wird festgestellt: „Ganz nach Wunsch des Bundesvorstandes der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland haben wir in Westfalen-Lippe die sprachgestörten Kinder im Schuljahr 1963/64 erfassen lassen. Danach sind in runden Zahlen von 775 000 Volks- und Sonderschülern 16 000 als Sprachgeschädigte gemeldet worden, das sind rund 2%" (Wallrabenstein 1965, 89).

5.1.3.1 Exkurs: Zur Diskontinuität der Gesundheitspolitik in NRW

Wird das größte deutsche Bundesland, Nordrhein-Westfalen, noch ein wenig genauer betrachtet, so bekommen die Ausführungen, die der Landesverwaltungsrat Kolibius als Vertreter der Düsseldorfer Landesregierung im Jahre 1958 vorträgt, unter Würdigung gesundheitspolitischer Entwicklungen in NRW bis in das Jahr 1998 hinein, besondere Bedeutung (vgl. Kolibius 1958, 51 ff).

Am 10. Juni 1998 fand im Düsseldorfer Landtag eine Expertenanhörung zu einem Gesetzesentwurf der CDU Landtagsfraktion zur Schaffung des Berufes des Medizinischen Sprachheilpädagogen statt. Die Position der Landesregierung, insbesondere des zuständigen Fachministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales war eindeutig: Der Antrag der Opposition sei abzulehnen, da die sprachtherapeutische Versorgung der Bevölkerung durch eine ausreichend verfügbare Anzahl an Logopäden sichergestellt sei und Sprachheilpädagogen ausschließlich für die Arbeit an Schulen ausgebildet seien. Darüber hinaus wolle mit den Sprachheilpädagogen eine völlig **neue Berufsgruppe** auf den Markt der Sprachtherapie drängen. Die Experten aus den Universitäten (Prof. Dr. Dupuis, Prof. Dr. Grohnfeldt) und des Verbandes der Sprachheilpädagogen (Maihack) verwiesen auf die jahrzehntelange Tradition der Sprachheilpädagogen auf dem Feld der Sprachtherapie, gerade in Nordrhein-Westfalen, jedoch wurden ihre Aussagen in Zweifel gezogen. In Kenntnis der Darstellung des Vertreters der Landesregierung 40 Jahre vorher wären unrichtige Behauptungen der neuen Landesregierung evidenter zu widerlegen gewesen. Kolibius stellt mit Blick auf die Sprachheilarbeit im Landesverband Rheinland 1958 nämlich fest: „Die ... gemachten Erfahrungen zeigen sehr deutlich, daß sowohl bei der Diagnose als auch in der Therapie von Sprachstörungen einmal der Arzt, einmal der Psychologe und einmal der Pädagoge im Vordergrund stehen muß“ (Kolibius 1958, 51). Er fährt fort und gliedert wie folgt: „Aufgabenbereich des Sprachheilpädagogen – Heilpädagogische und logopädische Behandlung aller auftretenden Sprech- und Sprachstörungen... nach spezifizierten und individuellen Methoden“ (Kolibius 1958, 53). Sprachheilpädagogen haben also mit ausdrücklicher Würdigung und Unterstützung durch die Landesregierung in NRW sprachtherapeutisch gearbeitet und tun dies selbstverständlich bis heute. Es dürfte die in den Landtag geladenen Experten der Sprachheilpädagogen freuen, dass ihre Argumentation so eindeutig verifiziert wurde. Noch eines: Die Anschrift des Verfassers im Jahre 1958 lautete: Landesverwaltungsrat Walter Kolibius, Düsseldorf, Horionplatz 1, Landeshaus – exakt die gleiche Anschrift, unter der die Vertreter des Landesgesundheitsministeriums 1997/98 die Schreiben versandt hatten, in denen die ‚völlig neue Gruppe der Sprachheilpädagogen’ diskreditiert wurde.

Die Unterstützung erwachsener Sprachbehinderter stand auf der Agenda der Sprachheilpädagogen nicht an erster Stelle, trotzdem waren deren Vertreter auch auf Bundesebene aktiv, um Interessen der Betroffenen wahrzunehmen. Seit 1955 bestand eine „Arbeitsgemeinschaft für Berufe der Hör- und Sprachgeschädigten, in der neben Vertretern der mit Aufgaben der Rehabilitation Behinderter befaßten Bundesministerien ... Sachverständige aus den Verbänden der Hörgeschädigten und der Sprachgeschädigten sowie unabhängige facherfahrene Persönlichkeiten zusammenwirken“ (Schaudienst 1965, 7).

Waren die Arbeitsfelder und formalen Rahmen der außerschulischen Sprachtherapie auch vorhanden und abgesteckt, so finden sich dennoch kaum Zeugnisse über diese von Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen durchgeführten Tätigkeiten außerhalb der sprachtherapeutischen Enklave Westfalen-Lippe oder der bereits erwähnten, von Medizinern geleiteten respektive betreuten Ambulatorien, wie beispielsweise in Hamburg, Berlin, Münster oder München, die sich signifikant unterscheiden von Darstellungen über Arbeitsformen und Tätigkeitsprofile, wie sie in der Zeit von 1945-1955 typisch waren (vgl. Kapitel 4). Die zehn Jahre bis zur Mitte der 60er scheinen die ‚vergessenen’ Jahre der außerschulischen Tätigkeit zu sein, obgleich eine rapide, statistisch erfasste Zunahme an Ambulanzstätten in Westdeutschland nachgewiesen ist.

Wiechmann gibt auf der Grundlage von Erhebungen der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' einen Überblick über den Stand der Sprachheileinrichtungen im Jahr 1964 (Wiechmann 1965, 18ff). Neben den Sprachheilschulen berichtet er über Beratungsstellen, ambulante Behandlungseinrichtungen, Sprachheilkurse und -heime sowie Einrichtungen für die Frühbehandlung. Klinische Einrichtungen, die Ambulatorien an den Universitätskliniken, Abteilungen für die Rehabilitation von Aphasikern, wie sie auf dem Sprachheilpädagogen-Kongress 1958 von Zürneck vorgestellt wurden (vgl. Zürneck 1958, 54ff) oder freie Praxen erwähnt er nicht. Er nennt für 1964 die Existenz von „... insgesamt 268 Sprachheilklassen mit etwa 4250 Schülern" (Wiechmann 1965, 20) und stellt diesen 12 Sprachheilheime (ohne Angaben der Betreuungszahlen) und etwa 20 Kindergärten und Schulkindergärten für sprachgestörte Kinder gegenüber.
Wiechmann, der seit 1958 Geschäftsführer der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland' war und in dieser Funktion dem Bundesvorstand angehörte, repräsentiert die Mehrheitsmeinung der Sprachheilpädagogen, wenn er für den zukünftigen Ausbau des Sprachheilwesens zuvorderst den Ausbau der Sprachheilschulen fordert und feststellt: „Sie sind zugleich logopädische Zentren ihres regionalen Bereichs. [...] Auch die ambulante Arbeit und die Kurse werden aus Zweckmäßigkeitsgründen von hier organisiert" (Wiechmann 1965, 25).
Den spezifischen Bedürfnissen und Anforderungen ambulanter, außerschulischer Sprachtherapie wird diese Forderung nicht gerecht, enthält sie doch beispielsweise keinen Hinweis auf die Versorgung erwachsener stimm- und sprachgestörter Patienten oder auf die fachlichen und organisatorischen Erfordernisse bei der Betreuung (sprach-) entwicklungsverzögerter Kinder und Jugendlicher in der Folge schwerer cerebraler Funktionsstörungen. Die Vorstellung der Sprachheilschule als zentraler Kompetenz- und Versorgungsstation für alle Belange Sprachbehinderter besitzt allerdings auch für die aus der ‚Arbeitsgemeinschaft' hervorgegangene Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik noch hohe Aktualität.

5.1.3.2 Zur Ausbildungssituation von Sprachheilpädagogen

Neben dem Wunsch nach Ausbau und Zuständigkeit der Sprachheilschule für die Aufgaben der Förderung sprachgestörter Menschen waren Vorschläge und Forderungen zur zukünftigen Ausbildung von Sprachheilpädagogen ein zentrales Thema dieser Zeit.

Ohne Unterlass hatten Funktionäre und sonstige Persönlichkeiten der Sprachheilpädagogik seit Ende des Krieges darauf hingewiesen, dass die Komplexität und die Anforderungen, welche Tätigkeiten im Bereich der Sprachtherapie mit sich bringen, eine akademische Grundqualifikation der verantwortlich handelnden Personen zwingend notwendig mache. Neben der praktizierten Form des Ergänzungs-/Erweiterungsstudiums nach abgeschlossener Lehrerausbildung und daran angeschlossener praktischer Schulerfahrung wurde der Ruf nach einer gänzlich eigenständigen, d.h. grundständigen Universitätsausbildung von Sprachheilpädagogen und/oder spezialisierten Fachtherapeuten stetig lauter. „Allerdings herrschte weder beim Vorstand [der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik] noch bei den Landesgruppen volle Einmütigkeit über die Einzelheiten“ (Dohse 1978, 20).
Der Minimalkonsens der Hauptversammlung der ‚Arbeitsgemeinschaft' in Berlin 1956 bestand lediglich in der Forderung eines viersemestrigen Studiums an der Universität im Anschluss an die Ausbildung zum Volksschullehrer. Diese Forderung taucht wiederholt in den Sprachheilpublikationen jener Jahre auf.
‚Die Sprachheilarbeit' 4/1959 berichtet beispielsweise: „Herr Wulff nahm dann wieder das Wort zu Fragen der Ausbildung unseres Nachwuchses und hob noch einmal unsere Forderung nach einer mindestens 4semestrigen Universitätsausbildung (zusätzlich zum pädagogischen Grundstudium) hervor.“ (Schulze 1959, 124). In der ‚Sprachheilarbeit' 2/1962 werden diese Forderungen in einer ‚Empfehlung' erneut erhoben (Wulff 1959, 153). Ebenso im Kongressband der ‚Arbeitsgemeinschaft' von 1965 zum Thema „Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten ...“ (Wiechmann 1965, 18 ff und Leites, E. 1965, 90 ff).

Eine durch die ‚Arbeitsgemeinschaft' 1961 durchgeführte Befragung zum Stand der Ausbildung in den einzelnen Bundesländern liefert ein uneinheitliches Bild. Die Ausbildungsdauer belief sich von 1-2 Semestern (Köln und Dortmund) bis zu 4 Semestern (Berlin und Marburg). Ausbildungsorte waren die Universitäten Hamburg, Heidelberg und Marburg sowie die Pädagogischen Hochschulen bzw. Heilpädagogischen Institute in Berlin, Hannover, Köln und Dortmund.
„Differenzen zeigten sich auch hinsichtlich der Ausbildungsziele: allein zum Sprachheillehrer in Berlin, Marburg und Hannover, zur ‚Dreier-Kombination' (Sprachheil-, Schwerhörigen- und Taubstummenlehrer) in Hamburg und Heidelberg, zum Hilfsschul- und Sprachheillehrer in Köln, Dortmund und Kiel" (Dohse 1978, 21; vgl. Wulff 1962, 153; Becker/Braun 2000, 297 ff). Diese Heterogenität schon bei der Quantität der angebotenen Ausbildung veranlasste Wiechmann 1964, die drängende Bitte an die Adresse der Kultusbehörden der Länder nach Umsetzung der Empfehlungen zur Ausbildung seitens der Arbeitsgemeinschaft zu wiederholen.
Wiechmann hatte in seinem Kongressvortrag allerdings neben formalen Forderungen zahlreiche inhaltliche Aspekte der Anforderungen an „Fachpädagogen und Logopäden" formuliert und daraus gefolgert: „Die Zeit der autodidaktischen Ausbildung oder der Kurzausbildung in Kursen von wenigen Wochen ist vorbei. Die Schwierigkeit der Materie ist zu groß, ihre Größe zu umfassend. Das Studium setzt in jedem Fall die Hochschulreife voraus und findet an einer Hochschule oder Universität statt" (Wiechmann 1965, 26).

Mit einer Distanz von beinahe 40 Jahren zum damaligen Geschehen ist es schwer nachvollziehbar, wie einerseits die Anforderungen an die Fachkompetenz der Sprachheilpädagogen oder Logopäden (die synonyme Verwendung beider Begriffe hatte sich durch die Entstehung des Berufes ‚Logopäde' nicht verändert) zu Recht und eindringlich formuliert werden konnten und andererseits eine 2- 4semestrige Ergänzungsausbildung mit einer Fakultas für drei (!) sonderpädagogische Fachrichtungen, wie sie de facto durchgeführt wurde, als ausreichend angesehen werden konnte.
Unter diesen objektiven Ausbildungsbedingungen die Forderung nach umfassendster Zuständigkeit für das sprachtherapeutische Geschehen der so qualifizierten

Sprachheillehrer immer wieder neu zu stellen beziehungsweise aufrecht zu erhalten, spricht für ein ausgeprägtes sprachheilpädagogisches Selbstbewusstsein oder repräsentiert den fachpolitischen Zeitgeist, der auch Gutzmann bei der Forderung nach einer Logopädenausbildung eine Dauer von zwei Semestern dann als ausreichend ansehen lässt, wenn bereits eine entsprechende Grundqualifikation vorliegt (vgl. Stürzbecher 1994, 50).

Neben der Ergänzungsausbildung für Lehrer entwickelten Funktionäre der ‚Arbeitsgemeinschaft' jedoch auch Ideen zu einer grundständigen Ausbildung: „Sorgsam zu überlegen ist aber, ob man daneben [neben dem viersemestrigen Aufbaustudium der Volksschullehrer] nicht auch eine grundständige Ausbildung fordern sollte" (Wiechmann 1965, 26). Die Vorstellung eines grundständigen Studiums, wie sie Wiechmann 1964 entfaltet, ist für die ‚Arbeitsgemeinschaft' nicht neu. Die Idee, Sprachheilpädagogik und Logopädie nicht nur begrifflich synonym zu verwenden, sondern eine inhaltliche Verbindung unterschiedlicher Vorstellungen und Konnotationen, die sich mit beiden Begriffen dennoch stets verbunden haben[3], anzustreben, fand eindrucksvoll ihren Niederschlag schon im Jahre 1957.
Am 27.5.1957 wandten sich der damalige 1. Vorsitzende der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland' und deren Geschäftsführer, Prof. Dr. Otto von Essen und Johannes Wulff, an ihre Funktionärskollegen in Europa und gaben die „ANREGUNG ZUR GRÜNDUNG EINER EUROPÄISCHEN GESELLSCHAFT FÜR LOGOPÄDIE" (von Essen/Wulff 1957, 29). „Für uns Logopäden...", so v. Essen und Wulff, „... besteht die Gefahr der Vereinzelung, der Einseitigkeit und Erstarrung" (von Essen/Wulff 1957, 29) und sie fordern daher im Namen der ‚Arbeitsgemeinschaft': „Der Logopäde muß deshalb heute schon vielseitig gerüstet sein, um nicht in den Verruf zu kommen, Kurpfuscherei zu betreiben. Ein Studium an der Universität verschafft ihm diese Einsichten, die er in die sprachheilpädagogi-

[3] Wenngleich nur selten ausformuliert, so war die Verwendung des Terminus ‚Sprachheilpädagoge' durch Mediziner in diesem Zeitraum eher die Ausnahme und die Verwendung des Terminus ‚Logopäde' durch Pädagogen eher die Regel, wenn letztere ihre spezifische medizinisch-therapeutische Kompetenz und Zuständigkeit ausdrücken wollten.

sche Praxis umzusetzen hat. Die **eigentliche Sprachheilpädagogik als Fach** [Hervorhebung V.M.] jedoch soll erst aus den vielseitigen, bereitliegenden Bausteinen geschaffen werden"(von Essen/Wulff 1957, 29). Die ‚Bausteine' benennen sie ebenfalls und zwar seien das: Phoniatrie, Psychologie, Psychopathologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Phonetik, Sprechkunde, Sprecherziehung, Sprachpsychologie und -philosophie – ein umfassender Fächerkanon. Sprachheilpädagogik/Logopädie als Integrationswissenschaft/polyintegrative Wissenschaft all dieser Einzelwissenschaften? Eine Vorstellung, wie sie die Sprachbehindertenpädagogik bis heute begleitet (vgl. Knura 1982, Grohnfeldt 1989, Welling 1997a, Baumgartner/Giel 2000 etc.).
Im Jahre 1988 gründet sich in Paris das „**C**omité **P**ermanent de **L**iaison des **O**rthophonistes-**L**ogopèdes de L'Union Européenne" (CPLOL), der Zusammenschluss der europäischen Logopädinnen und Logopäden. Dass die Idee dazu bereits Ende der 50er Jahre in den Reihen der deutschen Sprachheilpädagogik diskutiert wurde, ist weitgehend unbekannt und durchaus bemerkenswert.
Eine Verkürzung des Tätigkeitsfeldes von Sprachheilpädagogen auf den Arbeitsbereich der Sprachheilschule, wie dies Wiechmann 1964 weitgehend postuliert, hatten die Verfasser des Aufrufes 1957 jedenfalls nicht im Sinn, wenn sie feststellten: „In den Ländern Europas sprießt und entwickelt sich heute überall logopädisches Leben. Öffentliche Sprachberatungsstellen, Sprachambulanzen, Sprachheilkurse, Sprachheilschulen und -heime sind erwachsen" (von Essen/Wulff 1957, 29). Eine Quelle wie diese mag daher als Beleg für die Entwicklung der außerschulischen Sprachheilarbeit jener Zeit gelten.

Mit den Anforderungsprofilen an das zukünftige Fachpersonal setzten sich jedoch nicht nur Sprachheilpädagogen, sondern ebenso Vertreter anderer Professionen auseinander.
Beispielsweise wurden zur Behandlung aphasischer Sprachstörungen dringend Experten benötigt. Zürneck stellt 1958 Vorstellungen Prof. Dr. Anton Leischners vor, den späteren langjährigen Leiter der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn, der „... eine entsprechende Heranbildung von Sprachheilpädagogen in die Wege leiten" wolle und konkretisiert diese Überlegung dahingehend, „... daß

etwa vier Semester Zusatzstudium nebst entsprechender praktischer Ausbildung in einer geeigneten Spezialklinik zu verlangen wären“ (Zürneck 1958, 54 f.).
Zu den Vorstellungen der Phoniater Gutzmann und Biesalski bezüglich einer geeigneten Fachausbildung wird auf Kapitel 5.1.2 sowie auf Kapitel 5.2 und Kapitel 5.3 verwiesen.

Im Jahre 1963 wird der Mediziner Wegener, langjähriger Vorsitzender der Landesgruppe der ‚Arbeitsgemeinschaft' in Schleswig-Holstein, in Kiel mit der Ausbildung von Sprachheilpädagogen betraut, ebenso wie einige Monate später der Mediziner von Bracken die Verantwortung für die Ausbildung der Sprachheilpädagogen in Marburg an dem dortigen Institut für Sonderschulpädagogik übernimmt (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik 1963, 113; 1963, 116).
Dies ist ein Beleg dafür, wie vielfältig die Ausbildungsinhalte und daraus resultierenden Qualifikationen der Teilnehmer gewesen sind, aber ebenso dazu geeignet, den permanenten Einwurf der Phoniatrie, Sprachheilpädagogen hätten sui generis ausschließlich pädagogische und keine medizinischen Kenntnisse des Gegenstandes ihrer Tätigkeiten, der Therapie von Sprachstörungen, zu entkräften. Ein Blick auf die tatsächlichen Ausbildungsinhalte des Erweiterungsstudiums, beispielsweise in Hamburg, würde ein Übriges tun (vgl. dazu Leites, E. 1965, 90 ff.).

Erika Leites ist es auch, die 1964 ein Konzept für die zukünftige Ausbildung von Sprachheilpädagogen vorstellt und deren Praxisfelder darstellt, das nahezu wortlautgleich einer der jüngsten Ausgaben der ‚Sprachheilarbeit' aus dem Jahre 2001 entnommen sein könnte. Die hohe Aktualität und Weitsicht ihrer Vorstellungen aus der Perspektive eines klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes wird dabei deutlich. Sie schreibt: „Der heutige Stand der Forschung, die voraussehbare Weiterentwicklung unseres Fachgebietes und die gesetzlichen Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes erfordern die Schaffung eines bundeseinheitlichen Berufsbildes des Sprachheilpädagogen oder Sprachtherapeuten. Seine fachliche Qualifikation muß begründet sein aus einem vollgültigen Universitätsstudium. Dieses Studium muß ihm ausreichende Kenntnisse vermitteln in allen Disziplinen, die in einem Zusammenhang mit einem speziellen Fachgebiet stehen. Sie müssen ihn dazu befähigen derzeitige und zukünftige Ergebnisse der Forschung in seine Tätigkeit einzubeziehen. Der so ausgebildete Sprachtherapeut ist in seiner therapeutischen Tätigkeit selbständig und selbstverantwortlich. ... Er hat auf Grund seiner Qualifikation die Möglichkeit, zu wählen zwischen einer Tätigkeit in einer der öffentliche Institutionen und einer freiberuflichen Praxis“ (Leites, E. 1965, 94).

Die Ausbildung der Sprachheilpädagogen verläuft an den Hochschulen in der BRD im untersuchten Zeitraum uneinheitlich in Bezug auf die Inhalte und die Dauer der Qualifikation. Die Etablierung der Fachschulausbildung ‚Logopädie' im Jahre 1962 wirkt sich nicht signifikant auf die Ausbildungsstruktur der Sprachheilpädagogen aus. Ihre Zuständigkeit für Förderbereiche die außerhalb des schulischen Arbeitsfeldes liegen, beanspruchen sie weiterhin, und die Ausbildungsinhalte tragen diesen Ansprüchen, wenn auch nicht an allen Hochschulen, Rechnung.

5.1.3.3 Das Bundessozialhilfegesetz von 1962 und seine Auswirkungen auf die ambulante Sprachtherapie

Ein Zeichen für die Entwicklung der Sprachtherapie in Westdeutschland setzt das Bundessozialhilfegesetz vom 1.6.1962. Die herausragende Bedeutung dieses Gesetzes für die Zukunft des Sprachheilwesens, insbesondere der außerschulischen Sprachheilarbeit, hatte die ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland' erkannt. Aus diesem Grunde veranstaltete sie im Jahre 1964 in Marburg ihren seit 1956 im zweijährigen Turnus stattfindenden Fachkongress zu dem Thema: „Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten und das Bundessozialhilfegesetz“ – es sollte in der Geschichte der Sprachheilpädagogik der einzige Kongress sein, der sich ein sozialpolitisches Thema zum Schwerpunkt gewählt hat (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik 1965).
Die Berufs- und Standespolitik aus Sicht der Sprachheilpädagogik im Sinne einer Standortbestimmung des eigenen Faches, in besonderer Weise aber auch als Abgrenzung zur Medizin (Phoniatrie) und der entstehenden eigenständigen Logopädie verstanden, prägte diesen Kongress (vgl. ‚Positionen und Paradigmen' Kapitel 5.2).

Die Auswahl der Referate machte deutlich, welche Diskussionsschwerpunke gesetzt werden sollten. Beurteilen Becker/Braun den vier Jahre zuvor in Hamburg durchgeführten Kongress „... als ein einzigartiges, wissenschaftliches Ereignis“ (Becker/ Braun 2000, 213), so gilt diese Attribuierung mit Blick auf die berufspolitische Entwicklung für die 64er Tagung sicherlich ebenso. Von 17 gehaltenen Referaten befassten sich lediglich zwei mit fachspezifischen Themen im engeren Sinne. Der übrige Teil stellte die Erörterung von Aufgaben, Organisationsstrukturen, Gesetzesgrundlagen, Ausbildung oder Berufsbild in den Mittelpunkt.

Grundlagenwissen über die zukünftige sozialpolitische Rahmung sämtlicher sprachtherapeutischen Aktivitäten in Westdeutschland vermittelte der Ministerialbeamte und Vertreter der Sozialabteilung des Bundesinnenministeriums, Reimar Schaudienst, aus Bonn.

Er erläuterte, dass Sprachbehinderte und von einer Sprachstörung bedrohte Personen einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe besäßen. Die neuesten Bestimmungen für die Gruppe der Sprachbehinderten seien am 27.5.1964 erlassen worden und im § 3 würde geregelt, wer als sprachbehindert definiert werde. Schaudienst zitiert diesen Paragraphen wie folgt: „Durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit wesentlich beeinträchtigt im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr 4 des Gesetzes sind Personen, die ihre Sprechfähigkeit für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ... nicht oder nur unzureichend verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt bei Personen, die nicht sprechen können, bei Seelentauben und Hörstummen **sowie bei Personen, die stark stammeln oder stottern oder deren Sprache stark unartikuliert ist** [Hervorhebung V.M.]“ (Schaudienst 1965, 9).

Eine Störung der Aussprache ‚reichte’ von nun an, um einen Rechtsanspruch auf wirksame sprachtherapeutische Hilfe, notfalls juristisch, durchsetzen zu können. Der Versorgungs- und Sicherstellungsauftrag des Staates bei der Förderung und Rehabilitation Sprachbehinderter und der von einer solchen Behinderung Bedrohten war festgeschrieben – auch außerhalb der Beschulung in einer Sonderschule für Sprachbehinderte.

Was dieses für die mit der Therapiearbeit Betrauten bedeutete, war eindeutig: „...wenn die Auswirkungen des BSHG erst in vollem Maße spürbar sind [...] wird auf uns eine derartige Arbeitslast zukommen,... daß die relativ bescheidene Zahl qualitativ befähigter Fachleute sie nicht bewältigen kann", meinte zu Recht der Geschäftsführer der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' Joachim Wiechmann (1965, 19).

Aus Sicht der Sprachheilpädagogik entstand damit eine kaum aufzulösende Problemlage. Wiechmann erkennt und schildert sie: „Die Zahl der jetzt tätigen Fachpädagogen reicht in keiner Weise für einen Ausbau aus, sie sichert notdürftig gerade den Bestand. [**aber** V.M.] Die zusätzliche Ausbildung eines Sprachheillehrers dauert drei Jahre" (Wiechmann 1965, 26).
Wer sonst könnte die Arbeit übernehmen? Logopäden, deren Ausbildung zwei Jahre zuvor begonnen hatte, nicht, weil in jedem Fall wegen der „Schwierigkeit und Größe der Materie" eine Universitätsausbildung Standard sein musste (vgl. Wiechmann 1965, 26) und weil „Lücken in unseren Reihen [zwar] jetzt schon erschreckend groß [sind]. Wir dürfen sie aber nicht auszufüllen versuchen, indem kaum ausgebildete Hilfskräfte mobilisiert werden" (Wiechmann 1965, 19).
Der vermehrte Bedarf an Sprachtherapeuten wurde durch das BSHG unzweifelhaft geschaffen, die Bedarfsdeckung konnten die Sprachheilpädagogen aufgrund ihrer Kapazitätsgrenzen nicht sicherstellen, eine alternative Lösung (Logopäden, Hilfskräfte) wurde jedoch aus Gründen mangelnder Fachlichkeit (*und grundsätzlicher standes- und berufspolitischer Erwägungen?*) nicht akzeptiert, ein eigener Lösungsvorschlag nicht unterbreitet (*wie hätte der auch aussehen sollen unter dem Problem der Faktizität der Ereignisse?*) – wahrlich keine beneidenswerte Situation, in der sprachheilpädagogische Entscheidungsträger sich befanden.

Eine aus Perspektive der deutschen Sprachheilpädagogik vermutlich nur schwer aufzulösende Problemlage, die sich aus dem BSHG von 1962 ergab, führte in Verbindung mit anderen Ereignissen in den Folgejahren dazu, dass der Bedarf im

Bereich der außerschulischen Sprachtherapie von Sprachheilpädagogen zunehmend weniger zu decken war.

Vier Jahre zuvor war die personelle Ausstattung mit Fachkräften nicht besser gewesen. Dass die ‚Arbeitsgemeinschaft' in einer Denkschrift im Jahr 1960 dennoch den massiven Ausbau des Sprachheilwesens mit öffentlichen Beratungsstellen, Ambulanzen und Kursen für Kinder mit leichteren Sprachfehlern, Sprachheilschulen in allen Mittel- und Großstädten, Schulkindergärten und Kindergärten für Sprachkranke, Mittelschulen für Sprachgestörte, Kurse für sprach- und stimmgestörte Gymnasiasten und Berufsschüler sowie Sprachheileinrichtungen für Erwachsene (vgl. Becker/Braun 2000, 200) forderte, lässt vermuten, dass bei den dafür Verantwortlichen Wunsch und Wirklichkeit nur schwer zu differenzieren waren. Wie viel Glaubwürdigkeit und Seriosität die deutsche Sprachheilpädagogik mit diesen unvereinbaren Widersprüchen zwischen den Forderungen, die erhoben wurden, und den nicht vorhandenen objektiven Möglichkeiten ihrer Realisierung eingebüßt hat, kann aus heutiger Sicht nur gemutmaßt werden.

5.2 Positionen und Paradigmen

In dem hier zur Untersuchung anstehenden Zeitraum entwickeln sich verschiedene Paradigmenkonkurrenzen weiter fort. Eine für die Sprachheilpädagogik und Logopädie konstitutive Diskussion entsteht zwischen diesen beiden Zweigen der Sprachförderung. Am 3. Januar 1963 hatte die Ausbildung zum Logopäden am Berliner Ambulatorium für Stimm- und Sprachstörungen ihre staatliche Anerkennung erfahren.[4] Dies war ein grundlegender Schritt hin zu einem neuen Berufsbild und zu einer

---

[4] Exkurs: *Am 4.1.1963 erscheint in der „B.Z." (Berliner Zeitung) ein Artikel unter der Überschrift: „Wissen Sie, was Logopäden sind?" Es findet sich die folgende Zeitungsnotiz: „Ich kannte dieses Wort nicht – bis gestern nachmittag. Da sah ich eine Senatsvorlage. Einen schriftlichen Beschluß unserer Senatoren über die „Anerkennung staatlich geprüfter Logopäden". Neun Seiten mußte ich in dieser Vorlage blättern, bis ich feststellen konnte: Logopäden behandeln sprach- und stimmkranke Personen. Auf Anweisung der Ärzte. Nun weiß ich es. Ob es unsere Senatoren, die diesen Beschluß*

langwährenden Auseinandersetzung zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen um Fragen der Kompetenz und Zuständigkeit bei Sprachtherapien.

5.2.1 Handlungsfelder von Sprachheilpädagogik und Phoniatrie im Widerstreit der Meinungen

Seit der Begründung der Logopädie als Wissenschaft, in dem Wortsinne wie der Phoniater Fröschels in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts diesen Begriff verwendet hatte, war es zwischen Medizinern und Pädagogen streitig, welche dieser Professionen die eigentlich Zuständige sei (vgl. Kapitel 3 und 4). Das unterschiedliche zugrundeliegende Verständnis sprachlichen Geschehens konstituierte diesen Diskussionsprozess. Einem linearen, kausalen Ursache-Wirkungsverständnis der Medizin stand ein multimodales pädagogisch-psychologisches Erklärungsmodell der Sprachheilpädagogik gegenüber.
Grundlegend thematisiert und im Diskurs ausgetragen wurde dieses unterschiedliche Verständnis von Genese und Therapie sprachlicher Störungen nur selten. Ausnahmen waren vorsichtige Positionierungen, wie sie die Pädagogen 1929 auf dem Hallenser Kongress vornahmen, wie sie deutlich und mit klaren Worten versehen anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik im Jahre 1968 um die Frage der ‚Eigenständigkeit' der Sprachheilpädagogik gelang oder wie sie zwischen dem Phoniater Biesalski und dem Sprachheilpädagogen Westrich 1972 und 1982 geführt wurden.
Die Konflikte um die unterschiedlichen Auffassungen waren latent zwar stets vorhanden, sie wurden jedoch häufig in Form von Stellvertreterkonflikten ausgetragen.
Ein solches Geschehen fand auch um die Diskussion der Logopädenausbildung in den 60er Jahren statt. Exemplarisch seien daher die öffentlich geführten Diskussionen von Biesalski und Wulff, bzw. von Gutzmann und vom Redakteur der ‚Sprachheilarbeit' Schulze herausgegriffen.

---

gestern unterzeichneten, auch wissen? Ein Senatssprecher erklärte mir: „Im Senat hat bei der Behandlung dieser Vorlage niemand danach gefragt...“(aus „Die Sprachheilarbeit 2/1963, 60).

Der bayerische Landesarzt für Sprachgeschädigte, Loebell, der in den Folgejahren zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie gewählt wurde und der bis zur Mitte der 90er Jahre – lange über die Beendigung seiner aktiven ärztlichen Tätigkeit hinaus – ehrenamtlich als späterer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde dem Sprachheilwesen verbunden blieb, hatte auf der Tagung der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' 1964 in Marburg einen Vortrag gehalten zu den Aufgaben des (Landes-)Arztes bei der Rehabilitation Sprachgeschädigter. Zu Recht hatte er darauf hingewiesen, dass der Arzt „... nach dem BSHG für die Koordination aller Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich [ist]" (Loebell 1965, 32). Ein zentraler und in seiner Bedeutung für die Zukunft der Beziehungsstruktur Arzt – Sprachheilpädagoge nicht zu überschätzender Aspekt. Der Referent aus dem Bundesministerium des Inneren, Schaudienst, bemerkt dazu: „Welche entscheidende Rolle bei der Abgrenzung des Personenkreises [der Rehabilitationsberechtigten] den Ärzten zukommt, wird insbesondere in § 4 der Eingliederungshilfe-Verordnung deutlich, aus dem sich ergibt, dass die Frage, wer von einer Behinderung bedroht ist, allein vom Arzt beantwortet werden kann." Interessant ist sein Zusatz: „Hier mag eingewandt werden, daß damit der Bogen dessen, was Ärzten an Entscheidungsbefugnis und Mitverantwortung im Bereich des sozialen Leistungsrechts zugemutet wird, erneut überspannt wird." (Schaudienst 1965, 10).

Gleichzeitig warb Loebell aber auch für „... Teamarbeit von Sozialhilfeträger, Fachärzten, Sprachheilpädagogen und Schulen" (Loebell 1965, 31) und schlug vor, neben Sprachheilpädagogen und Logopäden auch logopädische Helfer auszubilden (vgl. dazu Loebell 1965, 32 sowie Kapitel 5.1.2).

Die Ausführungen seines Fachkollegen nahm Biesalski zum Anlass zu folgenden Bemerkungen, die der Grundsätzlichkeit der Auffassung und der Klarheit der Position wegen vollständig zitiert werden sollen: „Zur Vervollständigung der sehr klaren Ausführungen sei hinzugefügt, daß der Ausbildung von Logopäden als medizinisches Hilfspersonal viel mehr Bedeutung als bisher beigemessen werden muß. Logopäden helfen auch dem Landesarzt bei seinen ärztlichen Aufgaben. Es ist bedauerlich, daß die Ärzteschaft ihre Zuständigkeit für weite Bereiche der Sprachstörungen nicht erkennt. Es darf dies aber nicht dazu führen, daß nun die medizinischen

Belange von Sprachheilpädagogen wahrgenommen werden“ [Hervorhebung V.M.] (Biesalski in Loebell 1965, 32).

Die „Zuständigkeit für weite Bereiche der Sprachstörungen“, die hier von ärztlicher Seite beansprucht wird, trifft den Kern unterschiedlicher Verantwortungs- und Werteparadigmen, wie sie die Sprachheilpädagogik im Unterschied dazu für sich beansprucht. Der Umerziehungsgedanke, den Rothe für die Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik Jahrzehnte vorher – interessanterweise, wie bereits dargelegt, in Zusammenarbeit mit dem ‚Vater' der Phoniatrie, Fröschels – entwickelt hatte, schloss und schließt die weitgehende ‚Zuständigkeit' der Medizin für das sprachliche Geschehen aus, auch wenn es pathologisch in Bezug auf die jeweils gültige Norm ist (vgl. zur Aufgabenbeschreibung der Sprachheilpädagogik/Logopädie Borbonus/ Maihack 2000, 236).
Die Betrachtung zahlreicher anderer Wirkfaktoren für das Entstehen und Aufrechterhalten sprachpathologischer Prozesse und Kommunikationsstrukturen, die im Verlauf der Folgejahre in den Mittelpunkt des Interesses rückten, wie die Psychoimmunologie, die Soziologie, die Linguistik, die Neuropsychologie oder die Pragmatik, floss in die grundsätzlich andere Betrachtung, wie sie im Gegenzug zu Biesalski, Wulff einnahm, noch nicht ein. Dennoch war sein Statement zu den Ausführungen Loebells und vor allem Biesalskis eindeutig und verdient es daher ebenfalls im Original dargestellt zu werden: „In Hamburg wird die Sprachbehandlung im allgemeinen durch Sprachheilpädagogen durchgeführt. Bei der einfachen Stammler- und Lisplerbehandlung ist es nicht nötig, einen Arzt einzuschalten. [...] Der Sprachheilpädagoge allerdings ist kein Gehilfe des Arztes, sondern ein selbständig und in eigener Verantwortung wirkender Fachmann, der sich durch ein zehnsemestriges Universitätsstudium als Pädagoge und Sprach- und Stimmtherapeut qualifiziert hat. Die Arbeit des Facharztes für Sprach- und Stimmstörungen und des Logopäden als Gehilfe des Facharztes wird von allen Sprachheillehrern anerkannt und gewürdigt. Andererseits gibt es nicht nur medizinische, sondern auch heilpädagogische Aspekte in der Sprach- und Stimmtherapie, und für diesen Aufgabenbereich ist der Fachpädagoge zuständig“ ([Hervorhebung V.M.]Wulff in Loebell 1965, 32 f.).

Die Polarität der Zuständigkeitsbetrachtung wird von Wulff deutlich gemacht: hier der Arzt und sein ‚Gehilfe', der Logopäde, und auf der anderen Seite der ‚Fachpädagoge'. Eines wird dabei allerdings unterstellt, und damit wird der archimedische Punkt, um den sich das Gesamte dreht, leichterdings außer Acht gelassen: Wie und/oder von wem und anhand welcher Kriterien wird definiert, was in der Wulffschen Diktion „... *nicht nur* medizinisch, sondern auch heilpädagogisch" heißt und in der Biesalskischen Fassung „... Zuständigkeit für *weite Bereiche* der Sprachstörungen" genannt wird? Mit anderen Worten: Beide Vertreter der divergierenden Expertenmeinungen sitzen dem Schein der Wahrnehmung auf, es gäbe eine eindeutig zu kategorisierende Unterscheidungsklassifikation zwischen medizinischer und pädagogischer Zuständigkeit. Wie sehr dieser Versuch, das Uneindeutige als eindeutig definieren zu wollen, zum Scheitern verurteilt ist, wird beispielsweise dann deutlich, wenn die üblicherweise als ‚bloß' phonetisches Problem betrachtete ‚leichte Aussprachestörung' (partielle Dyslalie) in den Augen des sprachheilpädagogischen Lehrstuhlinhabers Orthmann eine andere Dimension erhält: „Auch der einfachste Sprechfehler ... geht unter die Oberfläche, ihn mit leerem Drill und Mechanismus anzugehen, ist Sünde wider den heiligen Geist" (Orthmann 1961, 34).

Die allumfassende Verantwortung des Sprachheilpädagogen stand der ebenso umfänglichen Zuständigkeit des Arztes gegenüber. Ein Paradigmenstreit war programmiert. Auf diesem abstrakten und doch so handfest von Interessen geprägten ‚Schlachtfeld' der Prinzipien geraten pragmatische Diskussionen über Details der Logopädenausbildung, aus sprachheilpädagogischer Sicht allemal, zu Randarabesken. Welcher Trugschluss, angesichts der formal entstandenen Rechtsposition durch das BSHG (vgl. Schaudienst 1965) und dem effizienten Bestreben der Phoniater, die Paradigmenkonkurrenz zu den Sprachheilpädagogen unter Verzicht auf den öffentlichen Diskurs faktisch zu entscheiden, indem die Logopäden, unter phoniatrischer Verantwortung, neben den und statt der Sprachheilpädagogen ausgebildet wurden.

Wer genau zu Logopäden qualifiziert wurde, erklärt der Leiter der ersten Fachschule: „In Berlin wird eine zweijährige gut durchdachte Ausbildung von Logopädinnen durchgeführt, die jungen Kindergärtnerinnen ermöglicht wird“ (Gutzmann, H. in Loebell 1965, 33).

5.2.1.1 Exkurs: Zum Selbstverständnis der Phoniatrie

Die Sprachheilpädagogik verstand sich und versteht sich als Integrationswissenschaft, worauf bereits anlässlich der Beschäftigung mit dem Aufruf zur Gründung eines europäischen Dachverbandes der Logopäden im Jahre 1957 hingewiesen wurde. Welches Selbstverständnis prägte die Phoniatrie zu der gleichen Zeit?

Umfassend ist eine Betrachtung und Beantwortung dieser Frage im Rahmen der Themenstellung dieser Arbeit nicht möglich, und sie gehört auch nicht zum Schwerpunkt der zu erörternden Aspekte in Bezug auf die Fragestellung (vgl. Kapitel 1.3). Es dürfte aber verständnisleitend zur Einschätzung der Ereignisse und Entwicklungen in diesen sowie in den Folgejahren sein, wenn Otto Brankel, ein Hamburger Phoniater, verdienstvoll und einflussreich in der kleinen Gruppe der Phoniater und in der Hamburger Sprachheilarbeit aktiv, seine Definition der Phoniatrie und folgend deren Handlungsbereich darstellt. „Die Phoniatrie greift deshalb in die verschiedenen Gebiete der Medizin, der Psychologie und der Pädagogik sowie in viele angrenzende Bereiche. [...] wie es zu einer erfolgreichen Ganzheitsphoniatrie erforderlich ist “ (Brankel 1958, 15).
Zwei basale Kategorien, die ebenfalls die Sprachheilpädagogik für sich beansprucht, finden sich wieder: die Multidisziplinarität des Faches und die ‚Ganzheitlichkeit’ ihres Verständnisses der menschlichen Sprache. Welche Rolle der Pädagogik – der Sprachheilpädagogik – in einem solchen Fachverständnis zukommt, ist für Brankel eindeutig: „**Damit gibt der Arzt die ersten Richtlinien für den Ansatz einer Therapie**, die vornehmlich in der Hand des Pädagogen und unter Umständen des Psychologen liegt [Hervorhebung V.M.]“ (Brankel 1958, 15). Es würde den Tenor der Brankelschen Ausführungen verfälschen, wollte man ihm unterstellen, er schätze die sprachtherapeutische Arbeit der Sprachheilpädagogen gering. Eher das Gegenteil scheint richtig, wenn er

beispielsweise zur Therapie „frühoperierter Gaumenspaltler“ bemerkt: „Die hochentwickelte Operationstechnik und die sofort einsetzende Sprachheilpädagogik führen oft zu sehr guten Resultaten“ (Brankel 1958, 17) oder: „Dieses Stammeln zu beseitigen ist eine der wichtigsten Aufgaben des Sprachheilpädagogen“ (Brankel 1958, 19). Geradezu in eine Gegenposition zu Gutzmann oder Biesalski (vgl. Gutzmann H. jun. 1958, 11; Biesalski 1965, 32) begibt er sich, wenn er gar feststellt: „Die rein somatischen Sprachstörungen, verursacht durch Facialis- und Hypoglossuslähmung infolge Verletzung, brauchen die Kontrolle durch den Neurologen und die Führung durch den Sprachheilpädagogen“ (Brankel 1958, 19). Aber dennoch, das Paradigma, von dem aus entschieden und gehandelt werden soll, steht: Der Arzt besitzt die Diagnose- und damit die Entscheidungskompetenz. Er besitzt sie auch formal, wenn es um Rehabilitationsaufgaben geht, wie sie sich aus dem BSHG ergeben. Die aufrichtig gemeinte Aussage: „Lehrer, Arzt und Psychologe haben ... gleich große Aufgaben [...] Sie müssen neben der Behandlung des Somas auch die psychischen und neurotischen Faktoren erfassen und entwirren können“ (Brankel 1958, 24), trifft auch aus sprachheilpädagogischer Sicht sicherlich zu. Aber folgt man dem grundgelegten Denkmuster des Phoniaters, so ist er mindestens der primus inter pares.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass der Richtlinienstreit zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik nicht aufgelöst werden kann, solange beide Fächer für sich die Ganzheitlichkeit der Betrachtung (für die Sprachheilpädagogik vgl. den Abschnitt ‚Geisteswissenschaftliche Pädagogik’ im Kapitel 4.2.2.1) und das daraus folgende Handlungsparadigma reklamieren.

5.2.2 Zur Genese von Sprachstörungen – ein Verständnisproblem

Auf der Grundlage eines ganzheitlichen Menschenbildes wird ebenfalls seitens der Sprachheilpädagogik im Zeitraum von 1955-1965 an einem Zuständigkeitsanspruch zur Erkennung und Behandlung von Sprachstörungen festgehalten. Dies dokumentiert exemplarisch Arno Schulze. Schulze, ein engagierter Berliner Sprachheillehrer, später Dozent für Sprachheilpädagogik an der Universität Marburg und von dem ersten Erscheinen der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' im März 1956 an bis in das Jahr 1988 deren verantwortlicher Redakteur, stellt im gleichen Jahr wie Brankel eindeutig folgendes fest: „Die Entscheidung, welcher Behandlungsweg im Einzelfall eingeschlagen werden soll, trifft der Logopäde in eigener Verantwortung. Die Berliner Sprachheilpädagogen wissen, daß sie allein für die heilpädagogische und psychologische Seite der Behandlung von Sprachstörungen zuständig sind“ (Schulze 1958, 61). Im Gegensatz zu den Phoniatern, gleichgültig ob Brankel, Gutzmann, Loebell oder Biesalski, ist Schulze nicht der Auffassung, dem Arzt dominant und anleitend Therapievorschläge machen zu können. Anders als die Phoniatrie geht die Sprachheilpädagogik der Zeit von einer paritätischen Zusammenarbeit zum Wohle der sprachbehinderten Menschen aus: „... darum wird auf die Zusammenarbeit mit den Ärzten großer Wert gelegt“ (Schulze 1958, 61). Ebenso: „Jeder ernsthaft arbeitende Fachpädagoge kennt seine Grenzen und hat so viel zu tun, daß er nie das Verlangen hat, seine Kompetenzen zu überschreiten. Bei vielen Sprachstörungen arbeiten Ärzte und Sprachheilpädagogen eng zusammen“ (Wulff 1965, 32) um nur wenige Beispiele zum Beleg für dieses partnerschaftliche Verständnis anzuführen.

Eines versucht Schulze allerdings zu leisten, nämlich Zuständigkeitsgrenzen der beiden Professionen festzulegen. In einem umfangreichen Aufsatz aus dem Jahre 1960, dessen Kernaussagen Schulze auch später aufrecht erhält, widmet er sich in einem Kapitel unter der Überschrift ‚Zur Zuständigkeit der Behandlung und Betreuung von Sprachgestörten' der erwähnten Problematik. Er stellt fest, dass die Behandlung sprachgestörter Kinder und Jugendlicher – den Erwachsenenbereich erwähnt er ausdrücklich nicht – „... ausschließlich eine fachärztliche und fachpädagogische Aufgabe [ist].“ Er fährt fort und erreicht den Kern seiner Aussagen: „Die für den erzieherischen Bereich allein zuständigen Fachpädagogen für Hör- und Sprachgeschädigte ... müssen sich aber heftig wehren, wenn sie bei der unbedingt zu fordernden Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pädagogik als ärztliches Hilfspersonal angesehen und damit in den Stand der medizinisch-technischen Berufe verwiesen werden. Die alleinige Zuständigkeit des Fachpädagogen in gleichwertiger Stellung neben dem

Arzt verpflichtet aber selbstverständlich auch zu fundiertem Wissen und Können und zu gediegener Arbeit“ (Schulze 1960, 251). Wer was tut, versucht er eindeutig zu fassen: „ ..., fällt dem Arzt und Facharzt also die körperliche Untersuchung und Erfassung aller somatischen Faktoren zu [...]. Neben ihm steht der Fachpädagoge, der, ..., betreut, erzieht und in vielen Fällen (z. B. an Sprachheilschulen) auch unterrichtet“ (Schulze 1960, 252).

Eine eingängige, transparente Darstellung der Aufgaben von Arzt und Sprachheilpädagoge, solange eine Frage nicht gestellt wurde: Sind Sprachstörungen ausschließlich oder zumindest dominant die Folge somatogener Ereignisse (vgl. aktuell Heinemann 1997) oder entstehen Sprachstörungen aus einem Ursachengeflecht mit dominant soziogenen oder psychogenen Bedingungshintergründen (zur Problematik vgl. Bruner 1987)?
So verkürzt eine solche Fragestellung aus einer heutigen Sicht und in Kenntnis neuerer Spracherwerbstheorien (vgl. Pinker 1994, Grimm 1999, Zimmer 1988) oder phonologischer Prozesse (vgl. Hacker 1999) und erst Recht in Bezug auf neurogene, erworbene Sprachstörungen erscheinen mag, so spiegelt sie dennoch den Diskussionsstand jener Zeit wider, da Sprachstörungen weitestgehend synonymisiert wurden mit dem Störungsbild Stottern oder den Sprachentwicklungsstörungen inklusive der ‚Stammelfehler’.

Die Beantwortung dieser Frage bekommt besonders deshalb Relevanz, weil sie die Zuständigkeits- und Verantwortungsfrage, wie sie sich zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik stellt, vom Grundsatz her zu verstehen hilft bzw. weil die Prinzipienlastigkeit ihrer Beantwortung die Zukunft des Sprachheilwesens nachhaltig geprägt hat. Wie bedeutsam diese Erörterung ist, beschreibt Dupuis: „Oberflächlich betrachtet, erscheint es als eine Selbstverständlichkeit, daß Sprachbehinderten nach allen Regeln der Kunst geholfen werden muß. Bei der Frage, wie dies im einzelnen zu geschehen habe, gibt es eine Reihe offener Probleme, die auch ihre Geschichte haben: [Dazu gehört] Die Zuständigkeit wissenschaftlicher Disziplinen, wie z.B. der Linguistik, der Medizin, der Pädagogik und der Psychologie ...“ (Dupuis 1983, 260).

Wenige Themen in der wechselhaften Beziehungsgeschichte zwischen der Phoniatrie/Medizin und der Sprachheilpädagogik/Pädagogik haben derart zahlreiche und umfängliche Äußerungen provoziert wie die Frage nach der Genesis von Sprachstörungen und der resultierenden Therapieindikation. Ein Hauptproblem ihrer grundsätzlichen Beantwortbarkeit ist das lange und auf beiden Seiten der hier vorgestellten paradigmatischen Kontrahenten gebräuchliche Implikat, die Fragen seien vom Grundsatz her zu beantworten.
„Jede Sprachstörung ist eine Krankheit" (Gutzmann 1962, 27) behauptet der Phoniater, und „... Sprachstörungen ... sind individuell unterschiedlich verursacht" (Knura 1982, 11). Das bedeutet, Sprachstörungen entwickeln ihre Lebensbedeutsamkeit vor dem Hintergrund des individuellen Persönlichkeits- und Bedingungsprofils und bedürfen daher pädagogischer Interventionen (Orthmann 1968, 1977; Grohnfeldt 1989; Knura 1982) erklären die Sprachheilpädagogen. Zur Langlebigkeit und Intensität der Diskussion vgl. Knura 1974, Homburg 1978, Biesalski 1982, Dupuis 1983, von Arentsschild 1983, Gross 1994, Heinemann 1997, Welling 1997a und 1997b, Borbonus/ Maihack 2000, Grohnfeldt 2000, Grohnfeldt/Ritterfeld 2000, Schönweiler/Ptok 2000.
In diese Diskussion zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik, flossen linguistische Theorien wie die der ‚Generativen Transformationsgrammatik' Chomskys (1957, 1969) oder dominant verhaltenstheoretische Erklärungsansätze zur Entstehung von Sprachstörungen, wie die von Bruner (1987), noch nicht einmal ein.

Zum Beginn eines neuen Jahrtausends und auf der Basis neuesten Wissens aus den Bereichen der Neurowissenschaften, der Psychologie, Linguistik und Pädagogik, in der Anwendung und Auswertung modernster technischer Verfahren zur Visualisierung und Interpretation sprachverarbeitender und sprachproduzierender Prozesse während ihrer neuronalen Aktivitätsphasen, stehen Protagonisten eines eher medizinischen Ursachenverständnisses bspw. von Sprachentwicklungsstörungen („Bei Sprachentwicklungsstörungen ... muss der größte Anteil durch umschriebene oder generalisierte Großhirnfunktionsstörungen erklärt werden" ; Straßburg 2000, 106), neben Vertretern eines ungeklärten, allenfalls multimodalen Verständnisses der Ursachen („Störungen des Spracherwerbs ... dessen Ursachen bislang ungeklärt sind.

Ausgeschlossen werden neurologische Störungen“ ; Braun 1999, 202). Diesen gegenüber präsentieren sich Auffassungen, die Dysfunktionen innerhalb psychosozialer Regelkreise des Individuums als ursächlich ansehen („Generell ergibt sich daraus, dass Störungen des Spracherwerbs häufig Zusammenhänge aufweisen mit ... Lernstörungen und kognitiven Beeinträchtigungen [sowie] sozio-emotionalen Auffälligkeiten“; Grohnfeldt/Ritterfeld 2000, 20).
Auch um biologische Erklärungsansätze ergänzt und mit linguistischen Theorien erweitert (Pinker 1994), ist die Frage nach der/den Ursache(n) sprachlicher Störungen, beispielhaft denen der Sprachentwicklung, nicht abschließend beantwortet. Ein entschiedenes Sowohl-Als-Auch im Unterschied zu den Versuchen der 50er, 60er, 70er, ... Jahre eine klare Entweder-Oder Aussage zu treffen, hilft bei der Vermittlung der unterschiedlichen ätiologischen Auffassungen und repräsentiert den aktuellen Forschungsstand zur Klärung der ätiologischen Betrachtungen vermutlich adäquat.

Deutlich wird an dieser Stelle, wie reduktionistisch monokausale Betrachtungen der Ursachen von Sprachstörungen sind. Die Vermutung, dass die Behauptung ihrer Eindeutigkeit vordringlich berufsständischen und damit auch pekuniären Interessen diente und dient, verdeutlicht der Blick auf die Etablierung der ärztlichen Dominanz in diesem Feld bis hin zu sogenannten ‚Heilmittelrichtlinien’ des Jahres 2001, die die Verordnung und Durchführung sprachtherapeutischer Maßnahmen exakt und verbindlich vorschreiben und in deren ‚Theorieteil’ festgehalten wird: „Sprachstörungen entstehen auf neurophysiologischen und phoniatrischen Grundlagen“ (Bundesanzeiger 2001/1347).

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle abermals, dass diskursiv und konsensuell vereinbarte Kompetenzgrenzen zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik aufgrund der fortbestehenden paradigmatischen Zuständigkeitsdiskussionen nicht zu ziehen waren. Der Versuch beider Seiten dieses dennoch zu tun war zwangsläufig zum Scheitern verurteilt, da die fachimmanente Logik der Betrachtung des Gegenstandes Sprachstörung jeweils ‚blinde Flecken’ nicht überwinden konnte, beziehungsweise weitere Konflikte zwischen den Beteiligten heraufbeschwor.

Die Frage „Sind Sprachstörungen Krankheiten?“ beantwortete in der untersuchten Zeit unter formalen Aspekten ausschließlich der Arzt, wenn er im Rahmen des BSHG zur Klärung der Kostenträgerschaft in dieser Frage eingeschaltet wurde (vgl. Schaudienst 1965). Ein deutliches Präjudiz für den gesamten außerschulischen Therapiebereich war damit auch auf paradigmatischer Ebene geschaffen worden, waren doch die Beteiligten im Entscheidungsprozess über Hilfen zur Rehabilitation aus pragmatischen Gründen der sozialen und finanziellen Absicherung des betroffenen Sprachbehinderten ‚gezwungen', den Nachweis der Vorlage einer Krankheit im Sinne des BSHG zu erbringen, da nur beim Vorliegen einer Krankheit die Kosten von den öffentlichen Stellen übernommen wurden. Ansonsten waren sprachtherapeutische Leistungen privat zu finanzieren.

Grundsätzliche Theorie-Praxis-Konflikte, die sich zwischen den Berufsgruppen der Sprachheilpädagogen und den Phoniatern ergaben, fielen im lebenspraktischen Alltag der Zeit zwischen 1955 und 1965 für die faktische Therapiearbeit kaum ins Gewicht. Der Arzt/Phoniater diagnostizierte die Sprachstörungen und der Sprachheilpädagoge/Logopäde therapierte diese.
Auf der anderen Seite, prägt die dieser Systematik innewohnende somatogene Betrachtung von Sprachstörungen, mit der resultierenden Hierarchisierung der Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten von Arzt und Sprachtherapeut, den außerschulischen Therapiebereich bis zum heutigen Tage wie kein anderes Paradigma.

Diese Paradigmenkonkurrenz von Pädagogik und Medizin machte auch vor ideologischen Metatheorien nicht halt. Becker berichtet aus der ehemaligen DDR, dass im Nachgang zu den Vorschlägen, die Ambulatorien weiter auszubauen, der: „... aus der Geschichte der Logopädie und Phoniatrie hinlänglich bekannte Streit um die wissenschaftliche Dominanz“ (Becker/Braun 2000, 96) auch im sozialistischen Ostdeutschland ausbrach. „Der Anspruch auf das Primat der Phoniatrie trat offen zu Tage, als 1959 ... in dem Abschnitt, der der sozialen Rehabilitation auch von Sprachgestörten gewidmet war, die Gemeinschaftsarbeit von Ärzten und Pädagogen vor[gesehen war]“ (Becker/Braun 2000, 96). Die Ärzte sahen die Sprachtherapeuten als medizinisch-technisches Hilfspersonal an, wohingegen Becker, analog zu seinen westliche Kollegen, der Überzeugung war: „ ... in der Stimm- und Sprachheilkunde ... bleibt trotz des funktionalen Zusammenhangs von individuellen biologischen und sozialen Faktoren das Problem der Arbeitsteilung... bestehen. Wir sind mit Sovak einer Meinung, dass der Phoniater von den biologischen und der Sprach- und Stimmheilpädagoge von den sozialen Faktoren aus die Arbeit aufnehmen müssen" (Becker/Braun 2000, 96). Die Idee von der ‚sauberen' Arbeitsteilung findet sich auch im anderen Teil Deutschlands.

5.2.3 Kompetenzen und Verantwortung von Sprachheilpädagogik und Phoniatrie bei der Therapie von Sprachstörungen

Auf ein Problem kann die Phoniatrie in jener Zeit, ob in Ost oder West, keine zufriedenstellende Antwort geben. Es ist die Frage der Zuständigkeit für die T h e r a p i e. Brankel, Gutzmann oder Biesalski, sie alle beanspruchten die Entscheidung über „[d]ie Richtlinien für den Ansatz einer Therapie" (Brankel 1958, 15). Die Verantwortung für die Therapie selbst haben sie damit nicht übernommen und geben diese auch bereitwillig in die Hände der Pädagogen oder Psychologen (vgl. Brankel 1958). Dies ist ein sehr besonderes Konstrukt, das nur schwer aufzulösen ist. Denn den Phoniatern ist die hohe Komplexität sprachlicher Prozesse vertraut und sie gründen gerade darauf ihren ärztlichen Zuständigkeitsanspruch (vgl. Gutzmann 1958, 11 ff.). So erwartet der Phoniater von den Sprachheilpädagogen hohe persönliche und fachliche Kompetenzen (vgl. Biesalski in von Essen 1965, 68). Die Therapie liegt nach Auffassung der Phoniater in der Verantwortung des Sprachtherapeuten, sie selbst tragen die Verantwortung für die ‚Eingangsdiagnostik', das heißt sie stellen fest, ob eine Sprachstörung vorliegt oder nicht und wodurch diese verursacht ist. Wie dies geschieht, vor allem wie dies unter einer medizinischen Perspektive geschieht, kann dann nicht plausibel erklärt werden, wenn Gutzmann auf der Suche nach den Ursachen von Sprachstörungen feststellt: „Primär ist es ... das Elternhaus, in etwas erweiterten Sinne das Milieu, das hier eine ausschlaggebende Rolle spielt" (Gutzmann 1958, 11). Ein nicht zu behebender Bruch argumentativer Stringenz, die Ursa-

che der Sprachstörung im sozialen Umfeld zu vermuten und die Diagnose dazu dem Arzt zu überlassen, der im Selbstverständnis seiner Profession sicherlich nicht vordringlich die Sozialarbeit sieht.
Die Verantwortung für das therapeutische Geschehen kann aber der Arzt, auch wenn er gänzlich andere Faktoren als Gutzmann annehmen würde, deshalb nicht übernehmen, weil er dazu kapazitativ nicht in der Lage ist. Loebell spricht 1964 davon, dass „31,4% der Kinder Sprachstörungen zeigen" (Loebell 1965, 30). Davon seien ca. 8% behandlungbedürftig. Diese Behandlungen können die wenigen Fachärzte für Phoniatrie gar nicht übernehmen. Die Delegation dieser Tätigkeit an andere Fachkräfte ist sachlogisch und deren Ausbildung wird von den Phoniatern auch alsbald übernommen.

Dennoch ist ein Argumentationsbruch nicht zu beheben: Wenn Sprachstörungen hochkomplexer Diagnostikleistungen bedürfen, die nur der Phoniater zu leisten im Stande ist, warum soll dann die therapeutische Folgemaßnahme – die Sprachtherapie – so viel weniger komplex sein, dass hierfür in den Augen der Phoniater geringwertiger qualifizierte Kräfte tätig werden können? Anders gefragt: Warum ist die Diagnose und Therapie internistischer Erkrankungen selbstverständlich allein ärztliche Aufgabe, die Diagnose und Therapie von Sprachstörungen aber die zweier unterschiedlicher Berufsgruppen? Die Antwort ist relativ einfach und sie ist, auf dem Kenntnisstand der 60er Jahre, auch für die Phoniatrie verfügbar, weil „ ... das Milieu, ..., eine ausschlaggebende Rolle spielt" (Gutzmann 1958, 11) und Veränderungen in diesem Bereich erzieherischer, pädagogischer, sprachheilpädagogischer Maßnahmen bedürfen. Sprachstörungen gehorchen eben nicht eindeutigen Klassifikations- und damit Zuständigkeitsverständnissen. Die Phoniatrie fordert die ausschließlich medizinische Verantwortung für ein nicht ausschließlich medizinisches Geschehen, ja sogar für ein dominant nicht-medizinisches Geschehen, das allerdings immer wieder aus sozialrechtlichen Hintergründen zu einem ‚rein' medizinischen Geschehen umdefiniert wird beziehungsweise zur Vermeidung finanzieller Belastungen für die Betroffenen zu einem Krankheitsgeschehen umdefiniert werden ‚muss'. Es bedarf der argumentativen Feinarbeit, um diese Zusammenhänge und ihre jeweiligen sach- und ideologischen Begründungen zu erkennen und um zu verstehen, wie sehr an diesem Punkt Argumentationsstränge zusammengeführt werden, die nicht zusammen gehören.

Es wird festgestellt, dass die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Zwänge, die durch das Fürsorgeänderungsgesetz im Jahre 1953 und durch das Bundessozialhilfegesetz im Jahre 1962 geschaffen wurden dazu führten, dass Sprachstörungen nur dann als rehabilitationshilfefähig anerkannt wurden, wenn eine ‚Krankheit' im Sinne der Reichsversicherungsordnung vorlag. Dies entschied den Paradigmenkonflikt um das Verständnis der Ätiologie von Sprachstörungen und der daraus folgenden Behandlungsgrundsätze einseitig zu Gunsten einer medizinischen Betrachtung des gesamten Problem- und Arbeitsfeldes. Die in den Jahren von ca. 1950 bis ca. 1962 (dem Zeitpunkt der Gründung der ersten Logopädenschule) nebeneinander bestehenden und durchaus gleichberechtigten Erklärungsansätze der Sprachheilpädagogik und der Phoniatrie zum Verständnis von Sprachstörungen wurden zusätzlich dadurch einseitig verändert, dass die Brisanz die sich durch die sozialrechtlichen Entwicklungen abzeichnete, von der Sprachheilpädagogik weitgehend nicht erkannt wurde und eine politisch abstinente Position eingenommen wurde.

Die paradigmatischen Fesseln, die sich die Sprachheilpädagogik durch die Fixierung auf den Umerziehungsauftrag und die darauf aufbauende ganzheitliche Therapiesicht gegenüber den sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen angelegt hatte, vernachlässigte darüber hinaus auch die Beschäftigung mit gestörter Erwachsenensprache. Daraus resultierte ein zusätzlicher Kompetenzverlust im außerschulischen Therapiebereich.

Die Sprachheilpädagogik versuchte in diesen und in den Folgejahren, die programmatischen Konflikte zwischen der Phoniatrie/Medizin und dem eigenen Fach im Rahmen wissenschaftlicher Auseinandersetzungen, auf einschlägigen Fachtagungen oder im Rahmen von Veröffentlichungen in der eigenen Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit" weiterzuführen oder zu lösen. Diese Versuche entfalteten jedoch kaum relevante Folgewirkungen für die Therapiebedingungen und -konzepte im außerschulischen Raum, weil sie den verantwortlichen Adressaten – die Sozial- und Gesundheitspolitik und deren Entscheidungsträger – nicht erreichten.

Der Paradigmenstreit innerhalb der Sprachheilpädagogik zur schulischen oder fürsorgerischen (ambulanten) Sprachförderung, wie er unmittelbar nach Kriegsende begonnen hatte, setzte sich auch in diesem Zeitraum fort. Im September 1956 fassen beispielsweise niedersächsische Lehrer im Rahmen einer Fortbildungstagung einen Beschluss, nämlich auch ambulante Behandlungen im ‚Kurs' anzubieten: „ ... welche allerdings nur als Notbehelf an Stelle der Sprachheilklasse oder Sprachheilschule angesehen wurde[n]" (Becker/Braun 2000, 211 f.). Dies gilt als ein Hinweis auf die fortbestehende nachrangige Bewertung ambulanter im Vergleich zu schulischer Hilfe bei Sprachstörungen.
Steinig ergreift unter anderem 1957 in der „Sprachheilarbeit" erneut das Wort, stellt die schulische und die fürsorgerische Organisationsform gegeneinander, verweist auf „Spannungen und heftige Diskussionen zwischen Vertretern beider Richtungen" (Steinig 1957, 17) und behauptet, dass nach vermittelnden Diskussionen nunmehr die Organisationsformen: „... nicht mehr gegen-, sondern nebeneinander [stehen]" (Steinig 1957, 18).

Dennoch gelangen Becker/Braun zu der Auffassung: „Die Auseinandersetzung ... vertiefte sich im Verlauf der 50er Jahre und hatte die Institutionalisierung beider Wege zur Folge" und fahren fort: „Die zentralen sprachheilpädagogischen Themen der Fachtagungen und der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' waren die Behandlung des Stotterns und die Sprachheilschule bzw. die Schule für Sprachkranke" (Becker/Braun 2000, 221). Die ambulante, außerschulische Sprachtherapie war immer noch kein bedeutendes Thema der Sprachheilpädagogik Westdeutschlands.[5]

[5] An dieser Stelle sei eine persönliche Anmerkung gestattet: Ein Manuskriptzettel des Verfassers dieser Arbeit findet sich auf der Seite 33 der ‚Sprachheilarbeit' Heft 2 aus dem Jahre 1961. Darauf steht geschrieben: „Jetzt habe ich 4 komplette Jahrgänge ‚Die Sprachheilarbeit' hintereinander gelesen, darin: <u>kein</u> Wort zur außerschulischen Therapie, <u>kein</u> Wort zu zentralen Sprachstörungen, kaum ein Wort zur Bildungs- oder Gesundheitspolitik des Verbandes; Kontakte zur Phoniatrie aber keine zur Neurologie; Dominanz der Themen Stottern und Schule und der Suche nach dem Berufsfeld.

5.2.4 Umerziehungspädagogik und Therapieforschung

Die Dominanz des Umerziehungsgedankens und die Bedeutung der Therapeutenpersönlichkeit sowie die damit verbundenen Wertekategorien, mit der sprachauffällige Kinder, Jugendliche und vereinzelt Erwachsene betrachtet wurden, fand auch in den Vorstellungen zur Sprachtherapie in diesen zehn Jahren ihre Fortsetzung. Die Antrittsvorlesung von Orthmann mit dem Titel „Erwartungen und Enttäuschungen in der Sprachheilpädagogik" (vgl. Orthmann 1965, 65 ff.), die er anlässlich seiner Berufung auf den Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik und Schwerhörigenpädagogik des Heilpädagogischen Instituts in Köln hielt (vgl. Wulff 1965, 87), scheint mit ihrem einleitenden Satz die Bedeutung der Sozialpolitik, mit ihrer objektiven Bedrohung der klinisch-therapeutischen Arbeitsfelder für Sprachheilpädagogen fatalistisch zu verifizieren: „Erwartungen und Enttäuschungen gehören als Schicksalsgefühle zum menschlichen Dasein" (Orthmann 1965, 65). Durchaus konkreter wendet er sich „... dem Kardinalproblem unserer Arbeit, der Therapie" zu, bemerkt, dass diese methodologisch schwer zu fassen sei und stellt fest, dass: „... ein Unbefriedigtsein ... wohl ein fruchtbares Problem sein muß" (Orthmann 1965, 66). Forderungen nach evaluierter Therapieforschung, wie sie in jenen Jahren etwa Schulze (1960), Jussen (1964) oder Heese (1964) erheben, werden wie Heese sie äußert zur Kenntnis genommen, stoßen aber auf Skepsis: „Dabei erscheint jedoch die Forderung präziser Beschreibbarkeit und gar Lehrbarkeit sprachheilpädagogischer Therapie etwas problematisch" (Orthmann 1965, 66). Therapieforschung wird als „sprachheilpädagogischer Optimismus" dem herrschenden Zeitgeist zugeschrieben, wie er aus den USA nach Deutschland gelangt[6]. Stattdessen regt er an, einem „... fachpädagogischen Realismus verpflichtet zu bleiben" (Orthmann 1965, 66), der darin bestehe, „... den Schüler möglichst optimal pädagogisch in den Griff zu bekommen" (Orthmann 1965, 67). Er schreibt: „In der so notwendigen interdisziplinären und anthropologischen Sicht muß sich die Sprachheilpädagogik ihrer Grenzoffenheit bewußt sein" (Orthmann 1965, 67). Welche realistischen Hilfen bietet Orthmann dem Sprachheilpädagogen an? Erst einmal ist er kein fachpädagogisch

[6] Orthmann verweist auf van Ripers Stotterertheorie und verdeutlicht die vorhandenen und genutzten Möglichkeiten des Informations- und Kontaktaustausches zwischen der BRD und den USA.

Handelnder (Sender), sondern: „Wer z.B. Stottern als echte Not im menschlichen Dasein sieht, wird nicht umhin können, den Sprachheilpädagogen als Empfänger besonderer Intimitäten, als Wissenden um verletztes, wundes Menschsein, als Ort tiefsten Vertrauens und Hort letzter Zuflucht zu akzentuieren“ (Orthmann 1965, 68). Eine solche ‚Tätigkeitsbeschreibung’ weist eine hohe Affinität zum Berufsbild des Seelsorgers auf, jedoch wenig Ähnlichkeit zu dem eingangs formulierten „... Kardinalproblem unserer Arbeit, der Therapie, ...“. Oder doch, denn er fährt fort: „Wir ... müssen einsehen, daß alles überspannend die Persönlichkeit des Sprachheillehrers in besonderer und optimaler Weise gefordert ist“ (Orthmann 1965, 69). „Da das sprachheilpädagogische Feld primär ein pädagogisches ist“ (Orthmann 1965, 70), wie es weiter heißt, bedeutet Therapie also Erziehung durch die einfühlende Persönlichkeit des Sprachheilpädagogen.
Orthmann ist keine Randfigur in der Geschichte der Sprachheilpädagogik, im Gegenteil. Er hat die Verbandspolitik der ‚Arbeitsgemeinschaft’ und der späteren Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik mitgestaltet (vgl. dazu Dohse 1978, 14 u.23) sowie das Wissenschaftsverständnis des Fachs nachhaltig geprägt (vgl. dazu Kapitel 6.2.1, „Eigenständigkeitsdebatte“). Darum wurde er hier erstmals in seinem Gedankengebäude ausführlicher dargestellt. Eine grundlegendere Diskussion und Auseinandersetzung mit seinem Verständnis der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie erfolgt in Kapitel 6. Eines wird jedoch bereits hier deutlich: Dieses Verständnis der Sprachtherapie ist ein radikal anderes als es die Phoniatrie entwickelt, als es der Logopädie vorangeht, aber auch als es anderen Sprachheilpädagogen zu Eigen ist.

Arno Schulze setzt sich mit der Sprachheil(fach)pädagogik seiner Zeit ebenfalls auseinander und fordert im Gegensatz zu Orthmann: „Dabei sollte man von einer in Ideologien und Utopien befangenen ‚Gefühlspädagogik’ endlich absehen, denn nur die streng wissenschaftliche Orientierung mit ihrer empirisch-rationalen Erfassung, Beschreibung und Analyse ... kann zu richtigem und erfolgreichem Handeln führen“ (Schulze 1960, 253). Da er fortfährt: „Der Sprachheilpädagoge muß ... an der Fachpädagogik ... durch eigene Forschungsarbeiten unter Anwendung strenger erfahrungswissenschaftlicher Methoden teilnehmen“ (Schulze 1960, 253), ist es nur durch die interne Paradigmenkonkurrenz innerhalb der Sprachheilpädagogik zu erklären, dass eine solche Forderung derart wenig Resonanz nach sich zog, dass Baumgartner/Giel noch vierzig Jahre später einfordern müssen: „... die Anwendung wissenschaftlich abgesicherter ... Diagnose-, Beratungs- und Therapieverfahren sind unabdingbar“ (Baumgartner/Giel 2000, 277) und sich damit noch immer im sprachheilpädagogischen Paradigmenstreit wiederfinden (vgl. Bahr/Lüdtke 2000 und Bahr/Lüdtke 1999, 133ff).

Die „Pädagogisierung der Sprachheilarbeit“ (Maschka 1964, 261) schreitet weiter fort und entwickelt sich als Gegenbewegung zur medizinischen Ausrichtung von Logopädie und Phoniatrie, als das dominante sprachheilpädagogische Paradigma, welches erhebliche Auswirkungen auf den Therapiebegriff und das Selbstverständnis des Sprachtherapeuten nach sich zieht.

Mit souveränem Wissen und sympathischer Distanz schließt der Emeritus des Phonetischen Laboratoriums der Universität Hamburg, Prof. Dr. Panconcelli-Calcia, seine Übersicht über die Geschichte der Phonetik, die er anlässlich der Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik gegeben hat, den die Deutsche Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde, die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, der Bund Deutscher Taubstummenlehrer und der Deutschen Ausschuß für Sprechkunde und Sprecherziehung im Oktober 1960 in Hamburg gemeinsam veranstaltet hatten. Diese Ausführungen mögen unkommentiert am Ende des Abschnittes über ‚Positionen und Paradigmen’ in der Zeit von 1955 bis 1965 stehen: „Diese knappe Übersicht über die Entwicklung der Phonetik zeigt, daß von jeher Stimme und Laute von Vertretern der verschiedenartigsten Wissensgebiete: Theologen, Philosophen, Ärzten, Stimmbildnern, Pädagogen, Grammatikern, Zoologen, Chirurgen, Technikern, Physikern, Musikern, Physiologen usw. erforscht worden sind. [...] Die meisten Autoren kannten kaum oder nur oberflächlich die Ergebnisse aus den anderen Lagern. Infolgedessen entstanden Verwirrungen, Mißverständnisse, Streitigkeiten besonders dadurch, daß manche veraltete, nicht mehr haltbare Anschauungen immer wieder auftauchten. Derartige Zustände existieren z.T. heute noch“ (Panconcelli-Calcia 1960, 21).

5.3 Diskussionen und Diskurse

„Zwischen Arzt, Logopäden und Sprachheilpädagogen wird kaum je eine Differenz auftreten“ (Gutzmann, H. jun. 1958, 12). War es Naivität oder hoffnungsvoller Optimismus, der Gutzmann dergestalt in die Zukunft sehen ließ, oder war er sich der Dominanz phoniatrischer Programmatik so sicher, dass er konträre Positionen der beiden anderen Gruppierungen für nicht vorstellbar hielt?

Wie die ausführliche Darstellung im obigen Abschnitt über ‚Positionen und Paradigmen’ verdeutlicht, bestehen Diskussionen und Auseinandersetzungen zwischen der Phoniatrie und der Sprachheilpädagogik sehr wohl. Differenzen zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen traten dagegen nur selten offen zu Tage, waren aber deutlich spürbar, wie der Bericht in der ‚Sprachheilarbeit’ über den Kongress 1964 nahe legt. Darin heißt es: „Ein unbefangener Beobachter der Marburger Tagung mußte bald spüren, daß sich der Personenkreis, der sich um das sprachgestörte Kind bemüht, auf drei nach ihrer Ausbildung und ihrem Status voneinander abweichende Berufsgruppen verteilt. Es sind dies die Mediziner, die Sprachheilpädagogen und die Logopäden. [...] Wenn jedoch in Diskussionen, oftmals noch unterschwellig, manchmal bereits ganz offen, Kompetenzstreitigkeiten ausgetragen werden, ...“ (Wegener 1964, 265), so verweist dies nach Meinung des Berichterstatters auf aufziehende Konflikte in der nahen Zukunft.

Offen ausgetragen wurden unterschiedliche Meinungen unter den beiden therapeutisch tätigen Berufsgruppen, den Sprachheilpädagogen und den Logopäden, zu jener Zeit kaum. Wurden die Logopäden seitens der Sprachheilpädagogen „als Gehilfen des Facharztes“ (Wulff 1965, 33) betrachtet und heißt es an einer anderen Stelle: „Freiberufliche Logopädinnen sind keine Pädagogen und keine Psychologen. Als Gehilfen des Arztes werden sie von uns anerkannt“(Wulff 1965, 69), so waren sie in den Augen der Sprachheilpädagogen auch keine gleichberechtigten und daher als Berufsgruppe keine sonderlich ernst zunehmenden Konkurrenten. Den Unterschied zwischen beiden machte die ‚Verantwortung’ aus, darum „... besteht kein Zweifel: Für jeden in e i g e n e r Verantwortung arbeitenden Heilpädagogen ist die Ausbildung zum Lehrerberuf ... unerläßlich. [...] Für die im Auftrage arbeitenden, d.h. die in Kliniken und Krankenhäusern, im Auftrag und unter Aufsicht eines Stimm- und Spracharztes oder eines erfahrenen Heilpädagogen handelnden Therapeuten ist m.E. der Lehrerberuf entbehrlich. Sie sind H e i l g e h i l f e n, wie es Diätenassistenten, Heilgymnasten und Laboratoriumsgehilfen auch sind“ (von Essen 1965, 67). Das war die Position der Sprachheilpädagogen und die Anzahl und Präsenz der Logopäden war im Sprachheilleben dieser Zeit noch nicht so ausgeprägt, als dass diese eine öffentlich wahrnehmbare und wirkungsvolle Gegenposition zu der sprachheilpädagogischen Betrachtung aufgebaut hätten. Sie standen unter dem Schutz ihrer Gründungsväter, der Phoniater, und diese fochten den Strauß mit den Sprachheilpädagogen gerne aus.

Biesalski ging auf die Vorstellung Otto von Essens zur Rolle der Logopäden sofort und konträr ein, indem er feststellte: „Der Logopäde ist nicht ‚Hilfskraft’, ... sondern in weiten Bereichen selbständig und verantwortlich tätiger Mitarbeiter des Stimm- und Spracharztes. Die Ausbildung umfasst noch viel mehr als beim Sprachheilpädagogen. ... Die Schaffung eines eigenen Berufsstandes ist dringend erforderlich“ (Biesalski in von Essen 1965, 68). Der Fehdehandschuh war geworfen, Wulff nahm ihn auf und entgegnete seinerseits: „So wie die Pädagogen sich niemals anmaßen werden, medizinische Aufgaben zu übernehmen, so kann auch der Arzt auf Grund seiner Ausbildung nicht ohne weiteres sprachheilpädagogische Aufgaben durchführen. Die Bedeutung der praktischen sprachheilpädagogischen Arbeit... kennt der Arzt oft nicht“ (Wulff in von Essen 1965, 68).
Klare Worte auf beiden Seiten und nicht aus dem Weg zu räumende unterschiedliche Betrachtungen der Zuständigkeit im gleichen Arbeitsfeld, dies war die Ausgangslage, mit der die beiden Berufsgruppen einander gegenüber standen.

Wie bereits ausgeführt, war es aus Sicht der Pädagogen unstreitig, dass der Arzt spezifische Zuständigkeiten in der Diagnose und Therapie somatogener Sprach- und Stimmstörungen besitzt. Der Arzt sah dies anders und reklamierte die – nahezu – alleinige Verantwortung für sich. Schnittmengen gab es jedoch in der Betrachtung von beiden Positionen aus. Das konfliktreiche und de facto nicht aufzulösende

Dilemma erkennt auch Becker, wenn er mit Blick auf die Streitpunkte zwischen Phoniatrie und Sprachheilkunde feststellt: „Der Treffpunkt beider ist nicht genau zu bestimmen“ (Becker 1960, zit. n. Becker/Braun 2000, 96).

5.4 Zusammenfassung

In der Zeit von 1955 – 1965 erfolgten in beiden deutschen Staaten grundsätzliche Weichenstellungen für die Zukunft des Sprachheilwesens.
In der DDR war der Ausbau der Ambulanz- und Beratungsstellen und damit die außerhalb des Förderortes Schule angesiedelte Früherkennung, Beratung und Behandlung von Sprach- und Stimmstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen handlungsleitend, obgleich der Ausbau des Spracheilschulwesens ebenfalls voranschritt.
In der BRD blieb es bei der seitens der Sprachheilpädagogik gewollten Dominanz der Sprachheilschule gegenüber anderen Förderorten und Förderformen, was sich in einem deutlichen Anstieg der Sprachheilschulen niederschlug, wenn auch ambulante Angebote ebenfalls erheblich zunahmen, wobei deren Präsenz in der öffentlichen Diskussion jedoch gering war. Beide deutsche Staaten vereinte in dieser Zeit der Paradigmenstreit mit der Phoniatrie, der im Westen Deutschlands durch die sozialpolitischen Setzungen, wie sie durch das Fürsorgeänderungsgesetz im Jahre 1957 und durch das Bundessozialhilfegesetz aus dem Jahre 1962 vorgenommen wurden, zu Gunsten der medizinischen Betrachtung von Sprachstörungen entschieden wurde. Die Gesetzgebung in der DDR hatte das Primat ambulant vor schulisch ausgegeben, dem sich dort auch die Phoniatrie letztlich unterordnen musste.

Innerhalb der westdeutschen Sprachheilpädagogik setzte sich unter der von Schulze vorgenommenen Etikettierung einer „Gefühlspädagogik“ eine weiter von den Inhalten Geisteswissenschaftlicher Pädagogik geprägte Sprachheilpädagogik durch, die die Notwendigkeiten einer empirisch-rationalen Erfassung des sprachtherapeutischen Geschehens nicht in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit rückte.

Die entscheidende Veränderung der Berufsbilder und der Berufslandschaft, die durch die Einführung eines Ausbildungsberufes Logopädie im Jahre 1962 geschaffen wurde, nahm die Sprachheilpädagogik in ihrer Bedeutung für die zukünftige Entwicklung nicht wahr und betrachtete die Logopädie vielmehr eher geringschätzig. Die außerschulischen Arbeitsfelder wurden, bis auf die auch in diesen zehn Jahren bemerkenswerte Ausnahme in Westfalen-Lippe, von der offiziellen Fachpädagogik kaum zur Kenntnis genommen. Der Therapiebereich der Erwachsenensprache blieb völlig randständig.

Die Ausbildung der Sprachheillehrer vollzog sich in der Folge extensiv genutzter Kultushoheiten der Bundesländer an verschiedenen Hochschulen und Universitäten mit derart unterschiedlichen Ausbildungs- und Anforderungsprofilen, dass von einer harmonisierten Qualifikation der Sprachheilpädagogen nicht gesprochen werden kann.

Die westdeutsche Sprachheilpädagogik restauriert ihre Umerziehungspädagogik nach dem Rotheschen Vorbild so weitgehend, dass alternative Therapie- oder Förderkonzepte wenig Aufmerksamkeit finden. Die Therapeutenpersönlichkeit besitzt auch in dieser Dekade die paradigmatische Dominanz vor der Beschäftigung oder Evaluierung differenzierter fachlicher Spezifitäten, wie sie eine Fachpädagogik, die in einer Konkurrenzsituation zur Medizin steht, dringend benötigen würde. Die kommenden Jahre müssen zeigen, welchen Platz die Sprachheilpädagogik findet im Verhältnis zur Medizin, Logopädie und der entstehenden Orientierung auf die Erziehungswissenschaft.

6. Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Deutschland von 1965 bis 1975

Vorbemerkung

Mit dem weiter fortschreitenden Ausbau des Sprachheilwesens in Deutschland nimmt die Anzahl und der Umfang verfügbarer Quellen zu zahlreichen Einzelaspekten der Entwicklung erheblich zu. Insbesondere der sprachheilschulische Bereich diversifiziert sich in der Bundesrepublik auf Grund unterschiedlicher Konzeptionen zu Formen und Förderschwerpunkten sprachauffälliger Schülerinnen und Schüler. Dies geschieht zum Einen aufgrund der Kultushoheit der Bundesländer und den daraus resultierenden, politisch motivierten, unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Schul- und Bildungspolitik und zum Anderen in der Folge einer sich entwickelnden, lebhaften und engagierten Diskussion um den sogenannten ‚Bildungsnotstand', in deren Verlauf an vielen Stellen erziehungswissenschaftliche und sonderpädagogische, also auch sprachheil-schul-pädagogische Neuorientierungen vorgenommen werden.Im Zusammenhang mit der 1968 ins öffentliche Bewusstsein rückenden ‚Studentenbewegung' bewirkt das evolutionäre Geschehen an den Hochschulen, Veränderungen auch an den Schulen und den Sonderschulen.

Die Entwicklungsgeschichte der Sprachheilschule und deren Analyse ist jedoch nicht der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Es wird daher darauf verzichtet, einzelne Konzepte von Sprachheilschulen vorzustellen oder zu bewerten. Sowie es erforderlich für das Verständnis des Gesamtzusammenhanges ist, werden Aspekte der Sprachheilschule dargestellt. Im Sinne der Fragestellung der Arbeit werden die spezifischen Diskussionen um die Sprachheilschule dann ausgiebiger erörtert, wenn sie geeignet erscheinen, zur Beantwortung der Forschungsfragen beizutragen.

6.1 Die historische Faktenlage

„Für die Situation in der Bundesrepublik Deutschland ist charakteristisch, daß zahlreiche sich ergänzende Institutionen, unterschiedliche Trägerorganisationen (Gesundheits- und Bildungswesen, private, öffentlich-rechtliche und öffentliche Träger) entstanden sind“ (Dupuis 1983, 279). Diese zutreffende Beschreibung der Vielfalt des Sprachheilwesens Anfang der 80er Jahre kennzeichnet das Ergebnis eines entwicklungsdynamischen Prozesses, der wesentliche Impulse in dem nun zu untersuchenden Zeitrahmen von 1965 bis 1975 erfahren hat.

Die Dynamik der Veränderung erfasste auch den Verband der bundesrepublikanischen Sprachheilpädagogen. Am 9. Oktober 1968, einen Tag vor dem Beginn des VIII. Kongresses der deutschen Sprachheilpädagogen, der unter dem Titel ‚Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik’ stattfand, erfolgte die Umbenennung der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland’ in ‚Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik’, kurz ‚dgs’. Die Bezeichnung ‚Arbeitsgemeinschaft’ wurde als zu wenig institutionell empfunden und die Kennzeichnung der Nation war als wichtig angesehen worden. Erst auf der Delegiertenversammlung wurde jedoch entschieden, ob die von Prof. Orthmann vorgeschlagene Alternative ‚Deutsche Gesellschaft für die Rehabilitation Sprachbehinderter’ oder die konventionelle Terminologie gewählt werden sollte (vgl. Dohse 1978, 14). Weniger konventionell zeigte sich die neue Satzung, die nunmehr die Möglichkeit zur Mitgliedschaft auch Ärzten, Psychologen oder Logopäden eröffnete. Hiermit sollte dem „... inzwischen erfolgten Wachstum des Sprachheilwesens“ (Dohse 1978, 15) Rechnung getragen und der „... zunehmenden Tendenz zur Öffnung für alle an der Sprachheilarbeit beteiligten Berufsgruppen“ (Dohse 1978, 15) entsprochen werden.

Getragen wurde diese Satzungsänderung von der Idee, den Schwerpunkt der sprachheilpädagogischen Verbandsarbeit vermehrt auf die fachlichen Aspekte zu verlegen und den berufsständischen Belangen weniger Gewichtung als bisher zu geben. Es erschien daher folgerichtig, dass Prof. Orthmann auf der Delegiertenversammlung den Antrag stellte, den eigenständigen Vorstandsbereich ‚Standespolitik und

Koordination' ersatzlos zu streichen. Die Vertreter der deutschen Sprachheilpädagogen folgten einmütig diesem Antrag und verzichteten dadurch weitgehend darauf, auch die Beschäftigung mit berufspolitischen Aspekten ihrer Tätigkeit zu einem zentralen Anliegen des Verbandes zu machen.[1]

Der Ausbau der Einrichtungen zu Förderung Sprachbehinderter schritt weiter fort. Insbesondere „... scheint die Einrichtung von Sprachheilheimen in den 70er Jahren ihren Höhepunkt erreicht zu haben" (Braun/Macha-Krau 2000, 59). Im Jahre 1963 existierten schon 19 Sprachheilheime und 1970 waren es bereits 34. Von 39 Sprachheilschulen und Sprachheilklassen im Jahr 1963 stieg deren Anzahl auf 67 Sprachheilschulen und -klassen im Jahr 1974 (vgl. Becker/Braun 2000, 233). Die Informations- und Anlaufstellen für die Beratung und ambulante Behandlung, die vielfach auch an Sprachheilschulen eingerichtet waren, erhöhten sich von 240 im Jahre 1963 auf 354 im Jahre 1974. Eine stetige Aufwärtsentwicklung bei den Sprachheileinrichtungen in der Bundesrepublik ist also zu beobachten.
Nicht allein die Anzahl der Einrichtungen für Sprachbehinderte steigt, ebenso vermehrt werden Diskussionen zum Tätigkeitsbereich der Sprachheilpädagogen in außerschulischen Einrichtungen geführt. Konkrete Auswirkungen der sozialpolitischen Rahmenbedingungen auf die sprachtherapeutischen Handlungsfelder durch bestehende und entstehende Gesetze werden darüber hinaus in diesen zehn Jahren in vielfältiger Weise deutlich.

Mit Rasanz werden Fakten im Arbeitsfeld Sprachtherapie geschaffen, welche die zurückliegenden Jahre als eine eher beschauliche Aufbruchs- und Orientierungsphase erscheinen lassen. Die von den Universitäten ausgehende Reformbewegung beeinflusst auch die realen Arbeitsbedingungen in den Sprachheileinrichtungen, wenngleich erheblich gedämpft und der politischen Brisanz weitgehend entschärft.

---

[1] Die Entwicklung, die unter anderem durch seinen Antrag eingeleitet wurde, wollte Orthmann im Angesicht der Konflikte mit dem Logopädenverband jedoch wieder rückgängig machen und stellte daher auf der Hauptvorstandssitzung der ‚dgs' am 14.10.1977 den Antrag, „... eine Sektion für Sprachbehindertenpädagogik einzurichten, um standespolitische Interessen der Sprachheillehrer besser vertreten zu können" (Dohse 1978, 23). Sein Antrag wurde diesmal jedoch abgelehnt.

6.1.1 Die Entwicklung des Sprachheilwesens in der DDR

Eine Folge des Wirkens der Sozialistischen Einheitspartei in der DDR war die einheitliche, an sozialistischen Prinzipien, wie sie die Politfunktionäre definierten, ausgerichtete Ausbildung der Sprachheilpädagogen an der Berliner Humboldt-Universität. 1969, mit der Gründung der ‚Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft', wurde die Sprachheilpädagogik/Logopädie stärker in das universitäre Gesamtkonzept eingebunden, so wie es seitens der 3. Hochschulreform im gleichen Jahr beschlossen worden war. Demnach war das Ziel, „... die gesamte Ausbildung mit der marxistisch-leninistischen Ideologie zu durchdringen" (Beschluss des Staatsrates der DDR vom 3.4.1969, zit. n. Becker/Braun 2000, 111). Folgt man Becker/Braun, so diente der daraus folgende „... studentische Wettbewerb um den Titel ‚Kollektiv der sozialistischen Arbeit' als Stimulans" (Becker/Braun 2000, 140).

Diesem verstärkten Primat der Ideologie vor den Anforderungen fachwissenschaftlicher Theorie und Praxis musste ebenfalls die bereits 1956 als Universitätsfach an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingeführte Sprechwissenschaft folgen. Die Absolventen dieser Ausbildung, die 1960 als eigene Fachrichtung anerkannt wurde, waren zahlenmäßig sehr gering (alle zwei Jahre wurden etwa 15 Studenten neu immatrikuliert) und übten daher trotz einer praxisnahen Qualifikation durch eine postgraduale Zusatzausbildung, die in Kooperation zur Phoniatrie und Hals-Nasen-Ohren-Klinik erfolgte und die als Spezialisierung der Diplom-Sprechwissenschaftler die Berufsbezeichnung ‚Klinische Sprechwissenschaftler' nach sich zog, vergleichsweise wenig Einfluss auf das Sprachheilwesen Ostdeutschlands aus.

Der Ausbau der Ambulanzen schritt weiter voran und die Ambulatorien für Sprach- und Stimmgestörte wurden, ebenfalls im Jahre 1969, umbenannt in ‚Beratungsstellen für Sprach- und Stimmgestörte'.
Der Ausbau der Sprachheilschulen vollzog sich vergleichsweise zögernd. Es erhöhte sich die Anzahl der Schulen von 23 im Jahre 1965 im Zehnjahreszeitraum nur um zwei auf 25 (vgl. Becker/Braun 2000, 233).

So schnell sich die Ausstattung des westdeutschen Sprachheilsystems mit Sprachheilheimen vollzog, so skeptisch wurde in der DDR diese Institution beobachtet. Zwar wurde 1968 in Thalheim/Sachsen ein Logopädisches Kindersanatorium für „therapieresistente stotternde Schüler“ (Becker/Braun 2000, 137) eingerichtet, dennoch hatte ein Forschungsprojekt zur Effektivität einer solchen stationären Einrichtung als Resultat festgehalten, „... der fachkundigen Tagesbetreuung den Vorzug vor der Heimunterbringung dieser Kinder mit Rücksicht auf die entscheidende Bedeutung des Lebens in der Familie [zu geben]“ (Becker/Braun 2000, 137)[2]. Verfolgt man die in der BRD erst langsam einsetzende Debatte um die Bedeutung sozialisationsspezifischer Aspekte für die Sprachentwicklung und die zunehmende Bedeutung sozialwissenschaftlicher Kategorien zur Bewertung und Therapieplanung vorhandener Sprachstörungen (vgl. ‚Bildungsratsgutachten’, Knura, 1974), so scheint eine Reflektion über diese Bedingungshintergründe sprachlicher Auffälligkeiten in der DDR zeitlich früher eingesetzt zu haben.

1965 existierten in 77 von 218 Kreisen der DDR Ambulatorien für Stimm- und Sprachgestörte. Ihre Hauptaufgabe bestand in der Früherfassung und Frühförderung sprachentwicklungsverzögerter Kinder im Vorschulalter. In den Kindergärten der Kreise wurden regelmäßige Informationsveranstaltungen für Eltern durchgeführt und die dort anwesenden Kinder mit „eigens entwickelten Kurzprüfmitteln“ (Becker/Braun 2000, 123) untersucht und bei Bedarf sprachtherapeutisch gefördert.

Ein Problem dieser intensiven und breitflächig durchgeführten Prophylaxemaßnahmen entstand im Verhältnis zu den Sprachheilschulen, denn: „Die ambulant tätigen Sprachheilpädagogen führten den Sprachheilschulen zunehmend mehr Vorschulkinder mit ausgeprägten Sprachstörungen zu, die einer umfassenderen Hilfe bedurften“ (Becker/Braun 2000, 123), aber von den Sprachheilschulen aus kapazitativen Gründen nicht betreut wurden. Dies waren solche Kinder, die im Rahmen der begrenzten therapeutischen Möglichkeiten der vorwiegend als **Beratungs**stellen ausgewiesenen

[2] Hier scheinen die Erkenntnisse im Osten Deutschlands gegenüber den vertretenen Auffassungen des Westens dann durchaus ‚moderner’ gewesen zu sein, wenn der Wahrheitsgehalt der Begründung für die Skepsis gegenüber der Heimunterbringung unterstellt wird. Kritische Stimmen beschreiben das Thalheimer Kindersanatorium hingegen als einen Hort ‚schwarzer Pädagogik’.

Ambulatorien intensiveren Therapiebedarf hatten, aber nicht an einer der Sprachheilschulen versorgt werden konnten, da nicht jede Schule über einen angegliederten Sprachheilkindergarten verfügte, den die noch nicht schulpflichtigen Kinder besuchen konnten. Aus diesem Grunde resümiert Becker: „Insgesamt gesehen, wirkten die Beratungsstellen und die Sprachheilkindergärten wie ein Filter. Die Kinder mit hartnäckig verfestigten Sprachstörungen blieben übrig und suchten in der Sprachheilschule die geeignete Hilfe“ (Becker/Braun 2000, 123).

Der Ausbau der Sprachheileinrichtungen zog auch in Ostdeutschland einen vermehrten Bedarf an qualifizierten Fachkräften nach sich. Die Ausbildungskapazitäten blieben begrenzt und als Voraussetzungen zur Zulassung zum Studium galten berufspraktische Erfahrungen sowie die ideologische Eignung, da der Bewerber durch die Arbeitsstätte, in der er tätig war, zum Studium vorgeschlagen werden musste. Mängel im Bildungsniveau und in der fachlichen Voraussetzung der Studierenden, die der damalige Verantwortliche für das Erweiterungsstudium Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Sprachheilpädagogik, Becker, beklagte, führten dazu, dass ab Mitte der sechziger Jahre an der Berliner Humboldt-Universität ‚Eignungstests’ eingeführt wurden. Für Becker liegt in der Einführung dieser Eignungsprüfungen ein wichtiger Schlüssel für die Aufwertung des gesamten Studiums und der damit verbundenen Vergabe eines ‚Diploms’ ab 1970 (vgl. Becker/Braun 2000, 139). Das Patientenklientel, das an dominant klinischen Sprachstörungen litt (Aphasien im Akutstadium, organischen Stimmstörungen, schweren oro-facialen Dysfunktionen infolge operativer Maßnahmen etc.), wurde an „... den phoniatrischen Abteilungen der HNO-Kliniken ... therapiert“ (Braun/Macha-Krau 2000, 77).

Wie weitreichend jedoch der Einfluss des sozialistischen Staatsapparates in der Ausprägung des ersten deutschen Arbeiter- und Bauernstaates auf die fachlichen und fachwissenschaftlichen Belange, auch der Sprachheilpädagogik, war, mag eine Episode verdeutlichen, die Klaus-Peter Becker aus dem Jahre 1972 zu berichten weiß. Den internationalen Teilnehmern einer Konferenz der Sektion für Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft sollte die Teilnahme dadurch unmöglich gemacht werden, dass sie am Vorabend der Konferenz – bereits in Ost-Berlin eingetroffen – ein ‚verlockendes' Angebot zur kostenlosen Teilnahme an einer Rundreise durch die DDR erhielten. Der Grund für diesen Störversuch war, laut Becker, in der Gegnerschaft seitens der Politführung zu sehen, die die Weiterbetreibung eines eigenen Forschungszweiges neben dem Moskauer Institut für Defektologie für überflüssig hielt (vgl. Becker/Braun 2000, 153).

Von den Aufbruchs- und Veränderungstendenzen wie sie im westlichen Teil Deutschlands auch in den Organisationsformen des Sprachheilwesens erkennbar wurden, blieb die DDR nahezu unberührt und setzte ihren eingeschlagenen Weg der ambulanten und schulischen Beratung und Versorgung sprachbehinderter Menschen, zunehmend um den Preis der Abkoppelung von Entwicklungen im nicht-sozialistischen Ausland und unter deutlicher Konzentration auf den Bereich der kindlichen Sprachstörungen, fort.

6.1.2 Die Entwicklung der Logopädie in der BRD bis 1975

Zwölf Jahre nach Gründung der ersten Logopädenlehranstalt in Berlin wies das Mitgliederverzeichnis des Zentralverbandes für Logopädie 1974 rund 200 angestellte und frei praktizierende Logopädinnen und Logopäden aus.

„Das Berufsbild des Logopäden entspricht in der Bundesrepublik nicht dem des Sprachheilpädagogen, wie dies z.B. in der DDR der Fall ist (vgl. Becker/Sovak 1975). Es handelt sich vielmehr um einen Kreis von Sprachtherapeuten, der in der Bundesrepublik zusätzlich zu Fachärzten und Fachpädagogen vorhanden ist" (Zuckrigl 1982, 96). Um so viel Neutralität in der Beschreibung dieser Berufsgruppe bemüht sich der Sprachheilpädagoge Zuckrigl, wenn er über ‚Organisationsformen des Sprachheilwesens' informiert. Dennoch gelingt es ihm nicht, das grundsätzliche Verständnis dieses Berufes als einem den Ärzten und Pädagogen Nachgeordneten, einem ‚Zusätzlichen', abzulegen.

Ein davon unterschiedenes, von deutlichem Selbstbewusstsein über die Kompetenzen der eigenen Profession getragenes Selbstverständnis, entwickeln aber auch die Logopädinnen und Logopäden in dieser Zeit kaum. Zu uneinheitlich und unbefriedigend sind die Ausbildungsbedingungen an den Schulen für Logopädie, die nicht nur an Kliniken eingerichtet worden sind, sondern auch von anderen Trägern (Berufsbildungswerke, Ausbildungsakademien, etc.) betrieben werden. Zu wenig zufriedenstellend ist ihr Rüstzeug für die sprachtherapeutischen Aufgaben, die die ausgebildeten Logopädinnen mit dem ihnen zur Verfügung gestellten Schulwissen lösen sollen. Die Fachschulausbildung dauerte zwei Jahre und legte, einem phoniatrischem Verständnis von Sprachstörungen folgend, ihren Schwerpunkt auf die Vermittlung von **Techniken** der Sprachtherapie (vgl. Macha-Krau 1994).
Es wird „... die Unzufriedenheit über die therapeutische Intervention in den 70er Jahren zur Sprache gebracht. [...] LogopädInnen haben erkannt, dass sie in der Therapie stagnieren. Die vorwiegend symptomorientierte Arbeit hat nicht alle Facetten der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie erfassen können“ (Braun/Macha-Krau 2000, 74). Wie sehr Beliebigkeit statt Konzeption in den Anfangsjahren kennzeichnend für die Logopädenausbildung war, stellt Macha-Krau anhand von Interviews mit ehemaligen Logopädenschülerinnen jener Jahre dar (vgl. Macha-Krau 1994, Braun/Macha-Krau 2000). Eine ehemalige Schülerin, die ihre Ausbildung 1964-1966 absolviert hatte, berichtet: „Das waren Frauen, die irgendwie an diesen Beruf gekommen waren, aber keine Ausbildung dafür hatten. Also, die eine war Sängerin, eine war Erzieherin, ... Die hatten einfach angefangen, Sprachbehandlungen zu machen, irgendwie im Zusammenhang mit Prof. Gutzmann. Wir haben ein klein wenig Stimmbildung und Atmung gemacht. Also, da hatten wir auch Unterricht bei dieser Logopädin, der Sängerin.[...] Aber ich kann mich an keine schriftlichen Vorbereitungen erinnern“. Eine andere Logopädin, die ihre Ausbildung von 1970-1972 absolviert hatte, erinnert sich: „Auf jeden Fall fehlten Phonetik und Linguistik. Bei den medizinischen Fächern kann ich mich weder an Kinderheilkunde noch an Neurologie erinnern. [...] ansonsten liefen wir mit den Sonderpädagogen und den Medizinern“ (Braun/ Macha-Krau 2000, 73).

Eine im Kern problematische Qualifizierungssysthematik, die sich bis in die Diskussion um ein differenziertes Anforderungsprofil für LehrlogopädInnen bis zum heutigen Tage hinzieht, ist ein Ballast logopädischer Ausbildung seit ihrer Existenz. Oftmals nur schlecht ausgebildete Logopädinnen und Logopäden übernehmen nach kurzer Zeit, gelegentlich sogar unmittelbar im Anschluss an ihre eigene Ausbildung, die Ausbildung neuer Logopäden. Eine Dequalifizierungsspirale beginnt, wenn immer häufiger Therapiewissen von Nicht-Wissenden im Therapiebereich vermittelt wird. So stellt Macha-Krau, selbst Logopädin und Sprachheilpädagogin darauf hin über die siebziger Jahre fest: „Die fachlich therapeutische Ausbildung erfolgt durch die eigene Berufsgruppe“ (Braun/Macha-Krau 2000, 74). Diese Dequalifizierungsspirale beginnt, wenn diese Ausbildung von so wenig Praxiserfahrung der Ausbilder geprägt ist, wie sie oben geschildert wurde.

Logopädinnen werden im untersuchten Zeitraum die ersten Sprachtherapeuten in Deutschland, die – staatlich anerkannt und im Kostenerstattungsverfahren mit den Sozialhilfeträgern oder den Krankenkassen – hauptberuflich, also nicht (im Nebenamt) neben dem Hauptberuf als Sprachheillehrer, freie logopädische Praxen gründen (vgl. Braun/Macha-Krau 2000, 67; siehe hierzu auch Kapitel 6.1.3).

Das Verhältnis zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden in dem untersuchten Zeitraum beleuchtet der Bericht aus der Landesgruppe Hamburg der dgs, der in der Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ veröffentlicht wurde. Der Phoniater Pascher hatte auf der Arbeitstagung dieser Landesgruppe im Januar 1970 über die Verbesserung der Logopädenausbildung referiert. Joachim Wiechmann, Hamburger und zu diesem Zeitpunkt bereits seit zwei Jahren, als Nachfolger Wulffs, Bundesvorsitzender der dgs, nahm an diesem Treffen teil und stellte nach dem Phoniater **„ ..., seine Überlegungen vor, wie logopädische Assistenten an den Sprachheileinrichtungen der Schulbehörde tätig werden könnten, um die langen Wartezeiten für die Sprachambulanz zu verkürzen und dadurch den Sprachheillehrer mehr für den Unterricht frei zu bekommen“** (Hervorhebung, V.M.; Thorwarth1970, 63f.).

Der Logopäde wird als ausführender technischer Assistent in einem sprachfördernden (Schul-) System, das der Sprachheilpädagoge initiiert und gestaltet verstanden. Nimmt Wiechmann zu den Logopäden eine von ebensolch akademischer Distanz geprägte Position ein, wie sie der Phoniater gegenüber dem Sprachheilpädagogen bezieht? Der Logopäde gilt als Fundament einer Hierarchie-Pyramide, um deren Spitze Mediziner und Pädagogen ringen, wobei de facto die Entscheidung längst zu Gunsten der Phoniater entschieden ist.
Wie ‚partnerschaftlich' die meisten Mediziner die Zusammenarbeit von Sprachheilpädagoge/Logopäde und Arzt sahen, verdeutlicht ein sprachheilpädagogischer Vortrag aus dem Jahre 1972. Konrad und Erika Leites begründeten in ihrem Referat auf dem dgs-Kongress in Heidelberg, den sie ‚Sprachheilpädagogisch-medizinische Gemeinschaftsarbeit' betitelt hatten, einen neuen Begriff, der ärgerlich resignierend den ärztlichen Umgangs mit den Sprachheilpädagogen beschreiben sollte: „Kompetenzsnobismus" (Leites K. u. E. 1973, 78).

1974 führt die dgs in Kiel einen Kongress zum Thema ‚Stottern – Poltern' durch. Ein norwegischer Kollege, der ein Referat gehalten hatte, äußert sich in der daran anschließenden Diskussion auch zu Ausbildungsfragen und bemerkt: „Ich habe nicht alle Fragen verstanden, aber ich habe drei Dinge herausgezogen. Das eine war die Diskrepanz zwischen der technischen Methode und der Philosophie, und ich glaube, wenn die Ausbildung zu kurz, nicht gut und nicht zufriedenstellend ist, dann werden Sprachheilstudenten nur zu technischen Hilfen greifen" (Preuss 1975, 55).
Diese Problematik empfanden die Logopädinnen und Logopäden deutlich und als belastend. Aus diesem Grunde beginnt Anfang der 70er Jahre das Engagement der Logopäden und ihres Berufsverbandes für eine bundesgesetzlich geregelte Ausbildung und einen ebensolchen Beruf. Einstweilen war die private Initiative der Logopäden gefordert, denn „[v]iele Logopädinnen waren unzufrieden. Sie suchten nach neuen Wegen" (Braun/Macha-Krau 2000, 74). Gemeinsam ist beiden Berufsgruppen, Logopäden und Sprachheilpädagogen, in der untersuchten Zeit die Sorge und das Bemühen um eine hochwertige Ausbildung.

Der in der Zeit nach Gründung der ersten Logopädenschule einsetzende Ausbau der Fachschulen erfüllte in den Augen der Absolventen nicht immer die erforderlichen Mindeststandards, die notwendig waren, um fachlich angemessene Sprachtherapien leisten zu können. Die Logopädinnen und Logopäden begannen mit ihren Bemühungen um eine verbindliche und höher qualifizierte Ausbildung. Der Kontakt zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden war von Seiten der Pädagogen nach wie vor hierarchisch angelegt, indem die Assistenztätigkeit der Logopädie betont wurde. Die ersten freien logopädischen Praxen, die in dieser Zeit gegründet wurden, bildeten eine neues Angebot im westdeutschen Sprachheilwesen.

6.1.3 Entwicklungen und Rahmenbedingungen für die Konstituierung des ambulanten Sprachheilwesens in der BRD von 1965 bis 1975

6.1.3.1 Das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974

Das ambulante Sprachheilsystem in West-Deutschland, wie es in seiner heutigen Form besteht, fußt wesentlich auf einer grundsätzlichen sozialpolitischen Entscheidung, die im Jahre 1974 als Bundesgesetz in Kraft trat. In Fortsetzung der Sozialhilfegesetzgebung der 50er und 60er Jahre verabschiedete der Deutsche Bundestag am 7.8.1974 das „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation", das sogenannte „Rehabilitationsangleichungsgesetz". Im § 10 dieses Gesetzes wurde festgelegt, dass die **medizinischen** Leistungen zur Rehabilitation alle Hilfen umfassen sollen, „... die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dazu dienen, neben direkten medizinischen Interventionen wie beispielsweise operativen Eingriffen ... Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie" (vgl. Sozialgesetzbuch Band 5, 1988). Mit diesem Gesetz wurde erstmals die **G**esetzliche **K**ranken**v**ersicherung (GKV) dazu verpflichtet, Maßnahmen der Sprachtherapie zu finanzieren respektive

Kosten dieser Maßnahmen zu erstatten. Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes waren die Sozialhilfeträger des Bundes, der Länder, der Städte und der Kommunen für die Kostenerstattung bei durchgeführten Sprachtherapien im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes und dessen Vorläufergesetzen zuständig gewesen. Die Krankenkassen hatten in der Vergangenheit sprachtherapeutische Leistungen im Einzelfall, lediglich freiwillig und auf dem Kulanzwege übernommen (vgl. Kapitel 5.1.3. zur Situation in Westfalen-Lippe).

Die Folgen für den gesamten Bereich der außerschulischen Sprachtherapie waren einschneidend. Die Verantwortung und Zuständigkeit des Arztes für die Veranlassung von Sprachtherapien, im medizinischen Terminus hieß dies ‚Verordnung', war damit verbindlich festgelegt. Zwar hatte auch vorher der Arzt die Entscheidung über den Einsatz von Sprachtherapien und anderer Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitationsaufgaben, die das BSHG festlegte, besessen, dennoch war die eindeutige Zuordnung der außerschulischen Sprachtherapie in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung und damit der Medizin ein Novum, das die Rolle des Arztes als dem alleinigem Distributor von Gesundheitsleistungen jedweder Art stärkte.

Für diejenigen Sprachheilpädagogen, die in diesem Arbeitsfeld außerhalb des Kernarbeitsplatzes Schule einen zusätzlichen Tätigkeitsschwerpunkt sahen, bedeutete die Zuständigkeit, aber auch die Verpflichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die sprachtherapeutische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu müssen, Chance und Bedrohung zugleich.

Die Chance bestand in der nun verfügbaren Möglichkeit, sehr viel schneller, direkter und längerfristig als bisher sprachtherapeutisch tätig werden zu können, da das Kostenerstattungsverfahren, wie es das BSHG vorsah, nur einem eng definierten, rehabilitationsbedürftigen Personenkreis den Zugang zu sprachtherapeutischer Hilfe eröffnet hatte. Durch die ausdrückliche Hervorhebung des Präventionsgedankens und die Festlegung im ‚Rehabilitationsangleichungsgesetz', Maßnahmen zur Verhütung von Verschlechterungen zu ergreifen, sowie durch den relativ einfachen Zugang zur Sprachtherapie für die Patienten durch die Ausstellung eines Rezeptes durch den

Arzt, der kein Phoniater sein musste, war es entscheidend leichter geworden, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit verschiedensten sprachlichen Auffälligkeiten zu behandeln.

Die Bedrohung lag in dem Verlust primärer Zuständigkeit für die Erkennung und Initiierung von Förderkonzepten, wie sie vielfach von Sprachheilpädagogen im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeiten, in den einigen Sprachheilschulen angegliederten Beratungs- und Diagnostikzentren, angeboten und wahrgenommen wurden. Darüber hinaus reduzierte sich perspektivisch das Arbeitsfeld für Sprachheilpädagogen im Nebenamt, so dass eine willkommene zusätzliche Verdienstmöglichkeit für beamtete Sprachheillehrer in Ambulanzen oder eigenen freien Praxen wegzufallen ‚drohte'.

Der Verband der Logopäden ergriff sofort die Möglichkeiten, die sich für seine junge, eindeutig im Feld medizinischer Hilfs- und Assistenztätigkeit angesiedelte Berufsgruppe ergab. Die damalige Vorsitzende des Zentralverbandes für Logopädie formulierte in den Verbandsmitteilungen: „Als Folge dieser neuen Regelung bemühen sich seit kurzem die Krankenkassen, mit den Logopäden zu vertraglichen Regelungen zu kommen" (Spieker-Henke 1974, 9, zit. n. Braun/Macha-Krau 2000, 67) und zu Recht wird festgestellt: „Zum ersten Mal in der Geschichte können niedergelassene LogopädInnen mit den Krankenkassen logopädische Leistungen abrechnen. Vor diesem Hintergrund etablieren sich immer mehr freie logopädische Praxen" (Braun/Macha-Krau 2000, 68).

Das Arbeitsfeld der Sprachtherapie, das auch im nicht-schulischen Bereich den Sprachheilpädagogen vorher beinahe exklusiv zur Verfügung gestanden hatte, wurde durch die Gründung freier logopädischer Praxen eingeschränkt. Darüber hinaus bedeutete die Dominanz der grundsätzlichen und ausnahmslosen medizinischen Zuständigkeit zur Verordnung sprachtherapeutischer Maßnahmen im außerschulischen Bereich eine erhebliche Minderung des sprachheilpädagogischen Einflusses auf die Inhalte und die Form von Sprachtherapie überhaupt.

6.1.3.2 Zur ambulanten sprachtherapeutischen Versorgung bis 1974

Bis es zu dieser neuen gesetzlichen Regelung gekommen war, hatte die Durchführung der Vorgaben des BSHG von 1962 Probleme aufgezeigt, aber auch die Entwicklung des außerschulischen Sprachheilwesens weiter vorangetrieben.

Bereits im Vorfeld des ‚Rehabilitationsangleichungsgesetzes' wurden die Veränderungen im klinisch-therapeutischen Arbeitsfeld der Sprachheilpädagogik sichtbar, beispielsweise in dem von der dgs 1974 neu aufgelegten kleinen Buch „Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin" (dgs 1974). In der veränderten Systematik, mit der die Einrichtungen nun erfasst wurden, tauchten neben der vertrauten Übersicht über die existierenden Sprachheilschulen und -heime erstmals die Rubriken ‚Klinische Einrichtungen' sowie ‚Private Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten' auf. Ein entscheidender Grund für diese im Unterschied zu den vorangegangenen Auflagen seit 1955 neue Aufgliederung lag in der gewachsenen Bedeutung dieser Organisationsformen und Arbeitsfelder für das deutsche Sprachheilwesen. Einen weiteren Grund nennt Dohse: „Diese statistische Arbeit erfordert einen beträchtlichen Aufwand... Sie wird aber so ernst und wichtig genommen, weil hierdurch hieb- und stichfeste Unterlagen für die Durchführung des Bundessozialhilfegesetzes gewonnen werden" (Dohse 1978, 33).

Die praktische Durchführung des BSHG hatte im Bereich der Sprachförderung und -rehabilitation häufig zu Belastungen und Unstimmigkeiten zwischen den beteiligten Patienten und deren Angehörigen sowie den Trägern der Sozialhilfe geführt. Vor allem die im BSHG vorgeschriebene Berücksichtigung der finanziellen Gesamtsituation und der Einkommensverhältnisse der Personen, die Leistungen nach dem BSHG beantragten, verhinderte allzu oft die Inanspruchnahme notwendiger sprachtherapeutischer Fördermaßnahmen. Die einkommensunabhängige Leistungspflicht der Krankenkassen war bis 1974 freiwillig gewesen. In Kenntnis der Schwierigkeiten bei der Gewährung von Eingliederungshilfen durch die Sozialämter rät daher der Vertreter der überörtlichen Sozialhilfestellen Scholz in einem Aufsatz

in der Zeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' aus dem Jahre 1969 unter dem Titel ‚Sprachheilarbeit und Bundes-Sozial-Hilfe-Gesetz: „...bei allen ärztlich verordneten Maßnahmen auf jeden Fall einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, bevor Leistungen beim Träger der Sozialhilfe begehrt werden" (Scholz, H. 1969, 14).
Zum Verhältnis Lehrer-Arzt in der Systematik des BSHG äußert sich der westfälische Landes-Amtmann Scholz ebenfalls: „Es erscheint von Wichtigkeit zu sein noch darauf hinzuweisen, daß die Lehrer die Pflicht haben, Behinderte anzuhalten, zum Arzt zu gehen sofern sie eine Behinderung wahrnehmen oder feststellen. Lehnen dies beispielsweise Eltern von sprachbehinderten Kindern ab, so ist das Gesundheitsamt zu benachrichtigen" (Scholz 1969, 15).

Es bleibt zum wiederholten Male darauf hinzuweisen, dass unabhängig von jedweder inhaltlich-fachlichen Diskussion über die Verantwortung und Zuständigkeit für Sprachstörungen und deren Behandlung außerhalb des Arbeitsfeldes Sprachheilschule der Arzt die formale Zuständigkeit und Weisungskompetenz besaß. Ein Umstand, der von den Sprachheilpädagogen jener Zeit möglicherweise zu wenig beachtet wurde und sie nicht veranlasste, politisch-konzeptionelle Initiativen zu ergreifen, um ihre eigene, auf sprachheilpädagogische Paradigmen und Kompetenzen gestützte Position in diesem System zu stärken.

Die Bedeutung der ambulanten Behandlung sprachauffälliger Kinder und Jugendlicher wurde im untersuchten Zeitraum auch in West-Deutschlands deutlich stärker als in der Vergangenheit gewichtet. Neben der fortbestehenden Fürsorgepraxis in Westfalen-Lippe wurde im Rheinland, in Hessen, in Bayern oder in Baden-Württemberg der Ausbau des ambulanten Therapiewesens, z.T. nach westfälischem Vorbild (z.B. in Baden-Württemberg), vorangetrieben. Für den Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland gibt der mittlerweile zum leitenden Landesverwaltungsdirektor aufgestiegene Walter Kolibius (vgl. Kapitel 5.1.3) im Jahr 1972 eine Übersicht der ergriffenen Maßnahmen zur Früherfassung und Frühförderung sprachgestörter Kinder und stellt fest, dass diese: „... ambulant und stationär behandelt und betreut [werden]. Leichte bis mittelgradige Formen kommen in ambulante Kurse. Für die Behandlung schwerer Störungen wurden stationäre Einrichtungen geschaffen" (Kolibius 1972, 182). Die

Aufgabe der Sprachheilschule erläutert er ebenfalls: „Überweisungen in eine Sonderschule für Sprachgestörte sollten nur dann vorgenommen werden, wenn das Leiden in absehbarer Zeit nicht zu beheben ist“ (Kolibius 1972, 183). Eine vorgelegte Bilanz zum Ausbau der ambulanten Sprachheilarbeit verdeutlicht zusätzlich deren gewachsene Bedeutung. „Die ambulanten Einrichtungen hatten im Jahre 1954, im ersten Jahr ihres Bestehens, eine Kapazität von 800 Plätzen. Im Jahre 1971 wurden darin bereits über 13 000 Kinder und Jugendliche durch 503 Sprachtherapeuten versorgt. In der Mehrzahl sind es Sonderschullehrer mit einer sprachheilpädagogischen Ausbildung“ (Kolibius 1972, 182).
Die Kosten für diese Maßnahmen wurden von den Kommunen und Kreisen unter Verzicht auf die durch das BSHG gegebenen Möglichkeiten der Heranziehung der Eltern übernommen. Der weitere Ausbau des ambulanten Systems wurde von Kolibius angeregt und er verband damit die Hoffnung auf eine flächen- und bedarfsdeckende Versorgung: „In etwa 5 Jahren können die vorhandenen Lücken geschlossen sein“ (Kolibius 1972, 184). Dies war eine zu optimistische Prognose, wie die Zukunft zeigen sollte.

Diesen eindrucksvollen Belegen des tatsächlichen Umfanges, den die ambulante Versorgung sprachgestörter Menschen mittlerweile im Sprachheilwesen der Bundesrepublik, zumindest in einigen bedeutenden Teilen, angenommen hatte, entsprach deren Repräsentation in den Publikationen und in den Themen und Diskussionen der Sprachheilpädagogik in keiner Weise. Der Grund für den Verzicht auf eine inhaltlich-konzeptionelle Beschäftigung mit der Ambulanzarbeit lag aber sicherlich nicht allein darin, dass es, wie vermutet wird, in der Fachzeitschrift keine Berichte über die außerschulische Arbeit gab, weil: „... dem Praktiker ..., der wahrscheinlich oft mutlos ist...und viel Zeit mit Umherfahren und organisatorischen Dingen verbringt, dann in der kärglichen Freizeit an Lust gebricht, sich an die Schreibmaschine zu setzen“ (Viemann 1972, 185). Vielmehr veranlasste das spürbare Desinteresse an der außerschulischen Arbeit einen der Initiatoren und Aktivisten der ambulanten Sprachheilarbeit in Hessen, H.-P. Viemann, im gleichen Jahr eher resignierend festzustellen: „In Fachkreisen muß immer wieder die Unkenntnis überraschen, mit der man vielerorts dem Problem der ambulanten Arbeit gegenübersteht. Nicht nur,

daß sich die Schulaufsicht kaum davon angesprochen fühlt, auch in den Reihen der Sprachheillehrer, die an großen Systemen tätig sind, ist viel zu wenig davon bekannt“ (Viemann 1972, 184).
Er verweist darüber hinaus nachdrücklich auf ein kaum beachtetes Problem, welches die Versorgung sprachauffälliger Kinder betrifft, die in den Städten lebten: „Daraus folgt, daß auch Großstädte endlich mit Kursunterricht [die Langlebigkeit dieses beinahe hundertjährigen Terminus überrascht, V.M.] versorgt werden müssen ... Dort regiert der Wahlspruch ‚Alles oder Nichts’ – Sprachheilschule oder überhaupt keine Behandlung“ (Viemann, 1972, 185). Die Ursache für dieses (von ihm angesprochene) nicht nur hessische Problem lag darin, dass sich die Städte – im Gegensatz zu den Kreisen und Gemeinden – weigerten, unter eigenem Kostenrisiko sprachtherapeutische Ambulanzen einzurichten, da diese vielfach nur als Ersatzangebote angesehen wurden, wenn die Versorgung nicht durch eine Sprachheilschule gedeckt war. In den Großstädten waren diese aber fast überall vorhanden. Eine Ausnahme bildete Nordrhein-Westfalen. Dort existierten im Landesteil Nordrhein bis 1975 lediglich vier Sprachheilschulen (Essen, Köln, Düsseldorf, Leverkusen) und im Landesteil Westfalen war erst 1974 mit dem Aufbau der ersten Sprachheilschule begonnen worden.

Es wird deutlich, dass die Summe der Konfliktlagen, die durch das BSHG auf dem Gebiet der sprachtherapeutischen Versorgung entstanden waren, eine Neuordnung der Systematik des Zuganges zu und der Versorgung mit Sprachtherapie erforderlich machte. Diese wurde durch die Einordnung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 geschaffen.

Welche Bedeutung der außerschulischen Arbeit beispielsweise seitens der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen zugemessen wurde, verdeutlicht die Beantwortung einer Kleinen Anfrage durch die Landesregierung 1975. In der Antwort auf Fragen zum Anteil sprachbehinderter im Verhältnis zu unauffällig sprechenden Kindern, zur Anzahl der sprachtherapeutischen Therapiemaßnahmen oder zu den in die Sprachheilschulen eingeschulten Kindern, aber auch zur beruflichen Zukunft von ausgebildeten Sprachheilpädagogen für die nicht-schulische Sprachheilfürsorge heißt es:

„Für den Bereich der Sprachbehinderten geht die Landesregierung davon aus, daß die Hilfen in erster Linie im außerschulischen Bereich (ambulante Sprachheilkurse, stationäre Hilfen in Sprachheilheimen) angesetzt werden. ... Nach Ansicht der Landesregierung sollen deshalb nur solche Schüler in Sonderschulen für Sprachbehinderte aufgenommen werden, bei denen nach weitgehend übereinstimmender Auffassung der Experten die außerschulischen Hilfen nicht ausreichen“ (Landtag Nordrhein-Westfalen, 1975; 7/4689).

Deutlich wird auch, welchen Stellenwert das Land NRW der Ausbildung von Diplompädagoginnen und -pädagogen mit dem Studienschwerpunkt Sprachheilpädagogik zumisst. Es sei daran erinnert, wie die Diskussion in NRW 1998 zu Lasten der Diplom-Sprachheilpädagogen geführt wurde (vgl. Kapitel 5), die in Kenntnis dieser Landtagsdrucksache möglicherweise früher hätte entschärft werden können. Dort heißt es nämlich: „...Sprachheilpädagogik [wird] an der Abteilung Köln in der Pädagogischen Hochschule Rheinland und Sprachgeschädigtenpädagogik an der Abteilung Dortmund der Pädagogischen Hochschule Ruhr angeboten. Diplompädagogen, die den genannten erziehungswissenschaftlichen Schwerpunkt studiert haben, können in der nichtschulischen Sprachfürsorge hauptberuflich tätig sein“ (Landtag Nordrhein-Westfalen, 1975; 7/4689).

Nicht nur Landesregierungen erachteten die ambulante, nicht-schulische Behandlung von Sprachstörungen als das Mittel der Wahl. Bereits 1966 hatte der Europarat ‚Empfehlungen und Entschließungen zur Rehabilitation der Behinderten’ ausgesprochen, auf die in der ‚Sprachheilarbeit’ im Jahre 1970 hingewiesen wird. Darin heißt es: „In der Erkenntnis, daß Sprachstörungen ... durch rechtzeitige und geeignete Maßnahmen weitgehend beseitigt oder wenigstens teilweise behoben werden können, ... [sind] geeignete Maßnahmen zu ergreifen die dazu beitragen, dass .... eine Sprachbehandlung rechtzeitig und **nach Möglichkeit ambulant** [Hervorhebung V.M.] durchgeführt wird, um den normalen Schulbesuch nicht zu unterbrechen“ (Europarat 1970, 157).

Es findet sich dennoch in den ausgewerteten Quellen dieser Zeit neben den sehr spärlichen informellen Hinweisen auf ambulante sprachtherapeutische Konzepte und Organisationsformen in der Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit" nicht ein einziger Artikel, Aufsatz oder ein ausführlicheres Statement, ganz zu schweigen von einer wissenschaftlichen Arbeit oder einem Grundsatzreferat, das sich dieses Themas – der ambulanten klinisch-therapeutischen Tätigkeit von Sprachheilpädagogen – angenommen hätte. Den inhaltlichen und veröffentlichten Schwerpunkt der deutschen Sprachheilpädagogik bildete weiterhin die Reflektion über das Handlungsfeld Schule und – zumindest bis zu den Ausklängen des dgs-Kongresses von 1968 – die Diskussion über die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik.

Von Interesse war jedoch, auch für die ‚offizielle' Sprachheilpädagogik, **ein** Aspekt ambulanter Sprachtherapie, auf den im Jahre 1966 Johannes Wulff, hinweist: „Aber auch darüber hinaus sollten wir bereit sein, von den Kliniken und Fachärzten ... Kinder, deren Eltern unbedingt eine private Behandlung wünschen, zu übernehmen und zu behandeln. Wir können uns der Verpflichtung, solche Sprachnot zu lindern nicht entziehen, nur weil vielleicht beamtenrechtliche Gründe dagegen sprechen. Jedoch besteht hier eine große Lücke bzw. ein erheblicher Unterschied in der **Honorarregelung** [Hervorhebung V.M.] in den Bundesländern. [...] In einem demokratischen Staat müßte die Freiheit des Bürgers ... auch in der Wahl des Arztes und des Sprach- und Stimmheilpädagogen gewährleistet sein. [...] Der freie Wettbewerb hat noch immer dem Tüchtigen den Weg geebnet" (Wulff 1967, 123).

Der Spitzenfunktionär der Sprachheilpädagogen weist hier euphemistisch und implizit auf zwei Dinge hin: Auf das Interesse der beamteten Sprachheillehrer an einem lukrativen Zusatzeinkommen durch ambulante Sprachtherapien sowie auf die nicht vorhandene Bereitschaft, dieses Feld anderen Berufsgruppen, wie den Logopäden, allein zu überlassen.
Angesichts der wachsenden Bedeutung der ambulanten klinisch-therapeutischen Arbeit von Sprachheilpädagogen ‚beeindruckt' trotz der Wulffschen Ausführungen die Konsequenz, mit der dieses Feld konzeptionell von den offiziellen Fachvertretern und der sich entwickelnden Fachwissenschaft weitgehend ignoriert wurde.

Zum Verständnis sollte zusätzlich berücksichtigt werden, dass bereits 1973 – also vor einer Positionierung, wie sie beispielsweise die NRW Landesregierung1975 vorgenommen hat und die unter der Kurzformel ‚ambulant vor schulisch' zusammengefasst werden könnte – die ‚Empfehlung der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates' vorgelegt wurde. (Die Empfehlungen wurden am 14.12.1973 auf einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt; das zu Grunde liegende Gutachten für den Bereich der Sprachbehinderten hatte Knura aber bereits im Sommer 1972 abgeschlossen.) In diesem Bildungsratsgutachten hatte Knura (vgl. Knura 1974) für das westdeutsche Sprachheilsystem mit der Forderung ‚Integration statt Separation' ein inhaltlich dazu verbundenes Paradigma aufgestellt. Dieses wegweisende neue Konzept wurde allerdings vom Vorsitzenden der dgs, Wiechmann, mit dem Satz kommentiert: „Als Hauptproblem dürfte sich dabei herausstellen, eine Antwort darauf zu finden, welche Chancen eine Ideologie hat, Realität zu werden" (Wiechmann 1974, 63). Es muss vermutet werden, dass ein offensives Aufgreifen der Möglichkeiten die der ambulante Bereich für die Sprachheilpädagogen geboten hat, zu Gunsten einer konservativen Ausrichtung auf die ‚bewährten' Sprachheilschulen, nicht verpasst oder ‚verschlafen' wurde, sondern als logische Folge einer gänzlich anderen Prioritätensetzung, auf der Grundlage eines sonderpädagogischen, sprachheilenden Erziehungsselbstverständnisses der verantwortlichen Sprachheilpädagogen, anzusehen ist. Dieses Selbstverständnis über die Aufgaben des Faches und der Fachleute beinhaltete als zentrale Vorstellung, dass eben nur durch die Betreuungsintensität einer Schule und nicht ambulant ein sprachheilpädagogischer Erziehungs- und Heilauftrag realisiert werden konnte (vgl. Orthmann 1969 a und b; Schulze 1968 und 1969; Jussen 1969).

6.1.3.3 Die Diversifikation sprachheilpädagogischer Handlungsfelder

Neben den Überlegungen zum Ausbau der ambulanten sprachtherapeutischen Angebote wurde insbesondere auch von Seiten der Phoniater die Förderung Sprachgestörter in Sprachheilheimen angeregt. So bemerkt Loebell anlässlich einer Podiumsdiskussion auf dem ‚Eigenständigkeitskongress' 1968 in München: „...ich möchte die Heimunterbringung gern ausgedehnt wissen auf die Kinder, von denen absehbar ist, dass sie diese Therapieresistenz über lange Jahre zeigen werden [...] Gerade die Mehrfachbehinderten kommen für eine **Heimbehandlung im Vorschulalter** in Betracht (Hervorhebung V.M.)" (Loebell 1969, 31).

Erfahrungen mit einem Heim für sprachbehinderte Vorschulkinder lagen seit 1967 in Hamburg vor. Auf dem Kongress der dgs 1976 in Nürnberg berichten darüber der ärztliche Leiter und der für die Sprachtherapie zuständige Sprachheilpädagoge. Der Fachtherapeut ist Henning Wulff, Sohn des langjährigen Vorsitzenden der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik' Johannes Wulff. Sechs bis zwölf Monate (!!) werden die 4 bis 6jährigen Kinder im Ahrensburger Sprachheilheim stationär aufgenommen, um „diesen Kindern einen Lebensraum zu schaffen, der ihnen Schutz und Sicherheit gibt, der ihren Bedürfnissen angepasst ist, der es ihnen ermöglicht mit der Umwelt Erfahrungen zu sammeln und Vorstellungen zu sammeln" (Wulff, H. 1977, 227). Mit wenig Sensibilität für mögliche Hospitalismusprobleme oder Wiedereingliederungsbelastungen in die Herkunftsfamilien fasst Wulff zusammen: „Man kann behaupten, daß der Heimaufenthalt für jedes Kind ein besonderer Einschnitt in seinem Leben ist [in der Tat! V.M.], weil er neue Impulse durch die andere Umgebung, durch die Aufnahme von Beziehungen und durch die Leistungserfolge gibt" (Wulff, H. 1977, 231).
Über Organisationsformen und Konzeptionen der Sprachheilheime, die sich bei der Behandlung bestimmter Störungsbilder (Stottern) unter genau festzulegender Therapiezielindikation und bei entsprechenden sozialen Hintergründen durchaus bewährt haben und bis heute fortbestehen, informieren Aschenbrenner (1982) oder Zuckrigl (1982, 112 ff) .

Der Wunsch nach scheinbar grenzenloser Diversifikation des Tätigkeitsfeldes beziehungsweise nach maximaler Spezifizierung trieb nicht nur Phoniater (s.o.), sondern auch Sprachheilpädagogen um. Teumer, später Professor für Sprachheilpädagogik an den Universitäten Hamburg und Berlin, regte 1972 die begriffliche Einteilung in Sprachfehler, Sprachstörungen und Sprachbehinderungen an und folgerte daraus, dass **zwei** Arten von Sprachheilschulen nebeneinander existieren sollten. Die Sprach**heil**schule sollte der Betreuung der sprach**gestörten** Kinder und die Sprach**behinderten**schule der Versorgung der sprach**behinderten** Schüler dienen. Begründet wurde dieser Vorschlag mit der Spezifität unterschiedlicher Störungsbilder und dem resultierenden differierenden pädagogischen Förderkonzept (Teumer 1972). Ein Vergleich mit der Entwicklung des Sonderschulwesens im Ausland, wie sie beispielsweise Grohnfeldt und Romonath vornehmen (Grohnfeldt/Romonath 2000, 261), verdeutlicht, wie einmalig der deutsche Weg der Sonderbeschulung Sprachbehinderter ist. Dieses Profil noch deutlicher zu schärfen, so wie es Teumer vorschlug, stieß auch in den Reihen der Hochschullehrerkollegen auf Widerstand (vgl. Orthmann 1983, 88).

6.1.3.4 Die Einführung grundständiger Studiengänge ‚Sprachheilpädagogik'

Die Ausbildung der Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen wurde in dem hier zur Untersuchung anstehenden Zeitabschnitt grundlegend verändert. Zwar bestanden und bestehen auch über das Jahr 1975 hinaus Studienangebote an Universitäten und Hochschulen, die ausschließlich ein Aufbau- oder Erweiterungsstudium ermöglichen; an anderen universitären Einrichtungen wurden jedoch erstmals grundständige Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen. Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, in welchem 1969 die achtsemestrige Ausbildung von Sonderschullehrern an den Abteilungen für Heilpädagogik der Pädagogischen Hochschulen Rheinland (Köln) und Ruhr (Dortmund) eingeführt wurde. Damit war Sprachheilpädagogik als universitäres grundständiges Studium etabliert (vgl. Becker/Braun 2000, 280; Dohse 1978, 21; Dupuis 2000, 134) .

Neben den Lehramtsstudiengängen wurden in dieser Zeit ebenfalls erstmals grundständige Diplomstudiengänge für Sprachheilpädagogen eingerichtet: In Köln und Dortmund seit 1969, in Hannover seit 1970, in Heidelberg und Reutlingen seit 1972 sowie in Marburg seit 1974 (vgl. Becker/Braun 2000, 283). Mit den Diplom-Sprachheilpädagogen übernimmt die Gruppe der Sprachheilpädagogen verstärkt einen Aufgabenbereich, der schon immer in der Hand der Sprachheilpädagogen gelegen hatte und der in Kenntnis des gewachsenen Wissensinventars zur Rehabilitation und Förderung bei Sprachstörungen zunehmend spezifizierter Kompetenzen bedurfte. So stellt Zuckrigl das Aufgabengebiet der Sprachheilpädagogik folgendermaßen vor: „Für Aufgaben auf dem Gebiet der Diagnostik, Sondererziehung und Beratung, die nicht von Lehrern übernommen werden ... sind wissenschaftlich qualifizierte Kräfte notwendig, für die kein Lehrerstudium der Sonderpädagogik erforderlich ist“ und zitiert damit ‚Empfehlungen’ des Deutschen Bildungsrates von 1973 (Zuckrigl 1982, 97).

Mit den Diplompädagogen entsteht eine konkurrierende Berufsgruppe zu den Logopäden, da der Universitätsabschluss dazu qualifizieren soll, besonders „... in der Frühpädagogik, in Sprachheilzentren oder -heimen“ (Zuckrigl 1982, 97) tätig zu werden. Die Einbindung von Diplompädagogen in den Bereich der Sprachrehabilitation Erwachsener bildete ein weiteres perspektivisches berufspolitisches Konfliktpotential zwischen beiden Berufsgruppen.

Die Bedeutung der Einrichtung des Studienganges ‚Diplompädagogik’ mit dem Studienschwerpunkt Sprachheilpädagogik wird in einer Retrospektive von Grohnfeldt gewürdigt, wenn er festhält: „Die Erforschung von Aphasien, Dysarthrophonien, Stimmstörungen und letztlich auch des Stotterns aus sprachheilpädagogischer Sicht in den letzten Jahren hätte ohne den Diplom-Studiengang in dieser Form wohl kaum stattgefunden“ (Grohnfeldt 1996a, 774).

Die sukzessive Einführung grundständiger Ausbildungen für Sprachheilpädagogen unter Verzicht auf das Aufbaustudium fand jedoch nicht nur Zustimmung. So stellt Dohse in seiner Festschrift anlässlich des 50jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik fest: „Das Aufbaustudium, dessen Dauer jetzt auch in Hannover auf vier Semester erhöht worden ist, soll durchweg in wenigen Jahren auslaufen, so dass dann nur noch grundständig studiert werden kann. ... Dies ist eine Entwicklung, die von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik sehr bedauert wird und die man daher aufzuhalten versucht“ (Dohse 1978, 22). Der Wunsch der Sprachheilpädagogen, in der Schulpraxis bereits bewährten Kollegen den Weg in das Sonderschullehrerstudium und damit auch den Zugang zu einer höheren Besoldungsstufe offen zu halten sowie den durch den Sonderschulausbau gewachsenen Bedarf an Sonderschullehrern möglichst schnell zu decken, konkurrierte mit dem ebenfalls vorhandenen Ziel einer grundsätzlichen Steigerung der Qualität der universitären Ausbildung.

Neben der Neuordnung der universitären Sprachheilpädagogenausbildung und der Schaffung eines neuen Arbeitsschwerpunktes für diplomierte Sprachheilpädagogen konnten sich auch Erzieherinnen in einer 1 ½jährigen Zusatzausbildung zur staatlich anerkannten „Sprachtherapeutin“ weiterqualifizieren. Diese Ausbildung war kostenpflichtig und wurde vom Arbeitsamt gefördert. Ausbildungsstätte war ausschließlich die dem Sprachheilzentrum Werscherberg angegliederte Lehranstalt der Arbeiterwohlfahrt in Niedersachsen.

So unterschiedlich und zum Teil länderspezifisch sich einzelne Ausbildungswege entwickelten, so unterschiedlich entwickelte sich auch das System sprachtherapeutischer Versorgung unter der Kultushoheit der westdeutschen Bundesländer. Kaum ein Land war mit dem anderen zu vergleichen, da sich höchst variierende Konzepte, insbesondere der ambulanten, aber auch der schulischen Betreuung Sprachbehinderter, durchgesetzt hatten. Diese Situation, die scheinbar bis zum heutigen Tage gültig ist, bewertete 1968 der soeben gewählte neue Vorsitzende der dgs, Joachim Wiechmann, indem er den Kongressverlauf zusammenfasst: „Hilfestellung ist denjenigen Bundesländern und Städten zu geben, die noch neidvoll dorthin blicken müssen, wo die

Wunschträume anderer längst verwirklicht sind. ... Hoffen wir also, dass das Echo dieser Tagung auch von den Instanzen gehört wird, die Entscheidungen über die Rehabilitationsmaßnahmen für die Sprachgeschädigten und die Ausbildung der dafür notwendigen Fachpädagogen zu treffen haben" (Wiechmann 1969, 157*).*
Es bleibt weiter festzuhalten, dass der außerschulische, ambulante und stationäre Bereich der Förderung Sprachbehinderter, im Verhältnis zu der eher monostrukturellen Ausrichtung auf die Sprachheilschule in den vorangegangenen Jahren im Zeitraum von 1965 – 1975, deutlich an Umfang und an Einfluss auf das Konzept und das Verständnis von Therapiemaßnahmen zur Behandlung von Sprachstörungen gewann. Ebenso muss konstatiert werden, dass diese gewachsene Bedeutung des ambulanten Sprachheilwesens in der veröffentlichten Meinung und in der wissenschaftlichen Arbeit der Sprachheilpädagogik kaum Niederschlag fand.

6.2 Positionen und Paradigmen

In der Rückschau auf die Entwicklung der Theorie- und Konzeptbildung der Sprachheilpädagogik Westdeutschlands prägten in dem zu untersuchenden Jahrzehnt verschiedene und unterschiedlich einflussreiche Positionen und Paradigmen das Fach. In der Erinnerung der in dieser Zeit bereits aktiven Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen ist bis heute die Aufbruchs- und Veränderungsbereitschaft haften geblieben, die mit dem umgangssprachlichen Terminus der ‚68er Generation' charakterisiert wird. Eine vorwiegend studentische Emanzipationsbewegung, gerichtet gegen autoritäre und restaurative gesellschaftliche und private Lebens- und Bildungsstrukturen, versuchte die junge Bundesrepublik grundlegend zu verändern. Gewohnte schulische und universitäre Ausbildungsmuster und Erziehungsparadigmen wurden in Frage gestellt und wirkten in der Folge ihrer Thematisierung und ihrer in zahlreichen öffentlichen Diskursen vorgetragenen neuen Weltsichten auch auf das Selbstverständnis und die Strukturen des Sprachheilwesens ein.

Die Darstellung der intensiven, naturgemäß kontroversen Auseinandersetzungen und Reflektionen über Aufgaben und Ziele, der sich die Sprachheilpädagogik in diesen anregenden und partiell aufregenden Zeiten ausgesetzt sah, kann dem Problemkomplex nur dadurch gerecht werden, dass eine möglicherweise einengende Strukturierung in einzelne Diskussionsschwerpunkte vorgenommen wird. Im Folgenden werden vorgestellt:

- Die Inhalte und der Verlauf der ‚Eigenständigkeitsdebatte' innerhalb der Sprachheilpädagogik,
- Aspekte zum ‚Dualismus' von Therapie und Unterricht,
- Forderungen nach einer empirisch ausgerichteten Sprachheilpädagogik im Gegensatz zu einem geisteswissenschaftlich-wertepädagogischen Verständnis des Fachs,
- Positionen von Sprachheilpädagogik und Logopädie,
- grundlegende wissenschaftstheoretische Paradigmen der Pädagogik und ihre Auswirkungen auf die Sprachheilpädagogik.

Die Unübersichtlichkeit der Formen und der Inhalte des Sprachheilwesens dieser Zeit beklagten bereits die Zeitzeugen. So wird bei Orthmann der Ruf nach „Sinn und System im Sprachgeschädigtenwesen" laut (Orthmann 1968, zit. n. Orthmann 1982, 86), was den Umkehrschluss zulässt, dass, zumindest aus seiner Sicht, Un-Sinn und Chaos kennzeichnend für die Situation waren.
Die Situation der Ausbildung und des Fachs in dieser Zeit schildert Homburg, seit 1983 Professor für Sprachbehindertenpädagogik in Bremen, in einem bislang unveröffentlichten Vortrag: „Die Sprachheilpädagogik des Jahres 1966 haben wir in unserem gemeinsamen Studium in Hamburg kennen gelernt. Es war unser zweites Studium, wir haben dieses als bezahlte Studierbeamte genossen, beurlaubt zum Studium der Sonderpädagogik. Unsere Lehrbeauftragten: Wiechmann, Wulff, Höxter, Hartwig usw. [...] In der Sprachheilpädagogik wurde uns eine Ideengeschichte und eine Systematik der Institution geboten. Es fehlten die spezifischen Grundlagen und eine spezifische pädagogisch begründete Methodik. Praktische Tips erhielten wir in einer Art Meisterlehre von unseren Lehrbeauftragten, in der Mehrzahl bewährte Handwerker, aber auch der eine oder andere Selbstdarsteller darunter. [...] Die hier beklagten Mängel der fehlenden Methodik und des fehlenden Theorieverbundes blieben bei uns

ohne praktische Folgen. Anders als die heutigen grundständigen Studierenden hatten wir bereits ein Studium der Pädagogik, Psychologie und Soziologie und eines Faches absolviert. [...] Der Status des Faches damals: Ein lockeres Theoriengefüge, zusammengehalten durch die Logik des Gegenstandes, ohne wissenschaftstheoretische Konstituierung. Dieser Mangel wurde wohl auch in der Kollegenschaft gesehen, denn 1968 fand, allerdings ohne überzeugendes Ergebnis, in München die Tagung ‚Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik' statt" (Homburg 1999, 3f.).

Es ist dem raschen Ausbau des westdeutschen Sonderschulwesens insgesamt, damit auch der Sprachheilschulen, der Entwicklung der Ambulanzen und der Sprachheilheime geschuldet, wenn Becker/Braun mit der ‚Eigenständigkeitsdebatte' im Jahre 1968 „ ... den Entwicklungsstand der Disziplin und des schulischen sowie des fürsorgerischen Organisationssystems markiert" sehen und fortfahren: „Wie die Sonderpädagogik ...hatte die Sprachheilpädagogik und das Sprachheilschulwesen den Höhepunkt der konzeptionellen und schulorganisatorischen Abgrenzung und Selbständigkeit erreicht" (Becker/Braun 2000, 217).

6.2.1 Zur ‚Eigenständigkeitsdebatte' der Sprachheilpädagogik

In den Jahren nach 1945 wurden neben der Wiederaufbauarbeit, die in Westdeutschland mit massiver Unterstützung aus dem Ausland Prosperität und Saturiertheit geschaffen hatte, im Arbeitsfeld der Sprachförderung und Rehabilitation Sprachbehinderter Konzepte und Vorstellungen restauriert, wie sie bereits prägend vor dem Kriege entstanden waren. Die Selbstverständnisdiskussionen, die zwischen der Phoniatrie und der Sprachheilpädagogik bereits 1929 öffentlich und kontrovers ausgetragen wurden, hatten auch den Wiederaufbau des westdeutschen Sprachheilwesens determiniert (vgl. Kapitel 3,4 und 5). Die Schaffung eines neuen Berufsbildes durch die Gründung der ersten Logopädenschule im Jahre 1962, die Einbettung der außerschulischen Sprachheilarbeit in das System des Bundessozialhilfegesetzes und damit in einen Bereich außerhalb des primären Arbeits- und Einflussfeldes der Sprachheilpädagogen, belastete das sprachheilpädagogische Selbstverständnis ebenso wie die in den eigenen Reihen kontrovers geführte Diskussion um die Bedeutung der Fürsorge im Verhältnis zur Sprachheilschule oder um das Implikat des pädagogischen Umerziehungsauftrages gegenüber einer eher empirisch, enger fachlich ausgerichteten Schwerpunktsetzung der heilpädagogisch-therapeutischen Tätigkeit. Einzelne Facetten der Arbeit wurden dargestellt und diskutiert, ein geschlossenes Bezugs- und Theoriesystem **der** Sprachheilpädagogik existierte jedoch nicht.

Schon vor dem Jahre 1968 waren Bemühungen, die Eigenständigkeit des Faches zu betonen, regelmäßig unternommen worden (vgl. Orthmann 1965; Schulze 1960; Wulff 1955; et al.). Wulff meldete sich 1966 wiederholt mit gleicher Absicht zu Wort und hob hervor: „Bei allen genannten Querverbindungen haben und dürfen wir niemals unser Eigenleben und unsere Selbständigkeit aufgeben und unser spezielles Fach – die Sprachheilpädagogik – vernachlässigen. Sie bleibt unser Herzstück“ (Wulff 1967, 118). Die ‚Querverbindungen’, die er benennt, kennzeichnen das Fach Sprachheilpädagogik. Es bleibt auf die Inhalte und Entwicklungen der Nachbardisziplinen angewiesen, denn es ist: „... bekannt, daß die Sprachheilarbeit die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftszweigen erforderlich macht“ (Wulff 1967, 118). Er nennt als wissenschaftliche Disziplinen, die „... uns tangieren“, die Kieferorthopädie und Kieferchirurgie, die Psychiatrie, die Sprechkunde, die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, die Psychologie sowie die Soziologie (vgl. Wulff 1967, 119).

Zwei Jahre vor der eigentlichen ‚Eigenständigkeitsdebatte’ bereitet Wulff, noch Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, das Feld für diese Diskussion, indem er die Besinnung auf das Fach fordert und sechs aus seiner Sicht zentrale Bezugsdisziplinen auflistet. Problematisch an diesem Ansatz wirkt, dass seine Vorstellungen, wie die Nachbardisziplinen für die Sprachheilpädagogik nutzbar gemacht werden sollen, einem ‚Bauchladen-Paradigma’ zu folgen scheinen, weil die erwähnten Einzelwissenschaften unverbunden, ohne ein konzeptionelles Aufgabenverständnis der Sprachheilpädagogik, gleichsam beliebig gewertet und gewichtet nebeneinander stehen (vgl. Wulff 1967, 119). Dieses eklektizistische Therapieverständnis des Praktikers, der aus den benachbarten Fachbereichen jeweils das ‚nimmt’, was er für die jeweilige, in seinem Verständnis vom Störungsbild abhängige *sprachtherapeutische Intervention gerade benötigt, kontrastiert erheblich zu einem konzeptionell-erziehungstheoretisch begründetem Ansatz, wie ihn beispielsweise Orthmann in dieser Zeit vertritt, aber auch zu einem eindeutigen, wenn auch unhinterfragtem Selbstverständnis, wie es die Phoniatrie/Medizin anbietet.*

Die Nutzung der benachbarten Fachdisziplinen für die Aufgaben der Sprachheilpädagogik sollte einem Mangel abhelfen, dem Fehlen „... einer Sprachheilpädagogik an sich. Sie zu schaffen, seien die Tüchtigsten unseres Faches aufgerufen“ (Wulff 1966, 122). Gerufen fühlten sich in besonderer Weise Werner Orthmann, Arno Schulze oder Josef Schultheis.

6.2.1.1 Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik im Verständnis von Werner Orthmann

Prof. Dr. Werner Orthmann, der 1955 an der Berliner Humboldt-Universität promovierte, hatte nach seiner Übersiedlung 1956 nach Westdeutschland, im Jahr 1965 den Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik am Heilpädagogischen Institut der Pädagogischen Hochschule Rheinland in Köln übernommen und nahm 1969 einen Ruf nach Tübingen und an die PH Reutlingen an, wo er auch emeritierte. In einem Gespräch aus Anlass seines 85. Geburtstages, das er mit dem Redakteur der ‚Sprachheilarbeit’, Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, im Jahre 1998 führte, blickt er zurück und stellt fest: „... [Die] ‚Aufbruchphase’ unserer Heilpädagogik [war] getragen aus wachsender humanitärer Bewusstheit nach einer Epoche menschlicher Erniedrigung.[...] Daß die Sprachheilpädagogik ihre ‚Eigenständigkeit’ vorantrieb, ist dann aus der damaligen Gesamtsituation zu sehen“ (Grohnfeldt/Orthmann 1998, 338ff). Dazu bemerkt Grohnfeldt: „Sie haben in den 60er und frühen 70er Jahren durch Ihre Gedankengänge zur pädagogischen Grundlegung und Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik diese Fachdisziplin entscheidend mitbeeinflußt“ (Grohnfeldt/Orthmann 1998, 339). Auch wenn Homburg (1999) hierzu, bezogen auf die Auswirkungen der Debatte, eine andere Auffassung vertritt, ist unstreitig, dass die 68er Diskussion einen Markstein in der Fachgeschichte kennzeichnet. Welche Vorstellungen

Orthmann zur Frage der Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik entwickelt, soll im Folgenden ausführlicher dargestellt und kommentiert werden. Die Perspektive, unter der dieses geschieht, folgt der Fragestellung der Arbeit, inwieweit von der Sprachheilpädagogik Impulse ausgingen oder Positionen eingenommen wurden, welche die klinisch-therapeutische Arbeit von Sprachheilpädagogen beeinflusst haben. Zwei Arbeiten Orthmanns sollen näher untersucht werden, sein Kongressbeitrag von 1968 sowie seine Stellungnahme zu Reaktionen auf diesen Beitrag in der Zeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' (1/1969).

Vom 10. bis zum 12. Oktober dauerte 1968 in München der Kongress der unmittelbar vor Tagungsbeginn in ‚Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik' umbenannten ehemaligen Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland zum Thema „Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik". Das Ziel des Zusammentreffens benannte Wulff in seiner Eröffnungsansprache: „Es geht auf diesem Kongreß darum, die notwendige Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Sprachheilpädagogen einerseits und die unerläßliche Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachärzten, den Phoniatern, Psychiatern, Neurologen, Kinderärzten, Kieferorthopäden und Psychologen andererseits zu verdeutlichen. [...] Heute nun soll die Eigenständigkeit im Mittelpunkt der Verhandlungen stehen" (Wulff 1969, 5)

Das Haupt- und Eröffnungsreferat hält Orthmann und es trägt die Überschrift: ‚Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik'. Er sucht zu Beginn seines Vortrages eine aktuelle Darstellung zum Verständnis von Sprachstörungen zu geben und stellt fest: „Durchgesetzt hat sich die Bewertung der Sprachstörung als Krankheit ... und somit ihre Eignung zur Indikation für Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, der Sozialhilfe und der Sonderbeschulung" (Orthmann 1969a, 13). Eine problematische Folgerung wird gleich zu Beginn gezogen, wenn er den von ihm hergestellten primären Krankheitsbezug einer Sprachstörung nicht mehr beachtet, aus der Trias ‚Gesundheitsfürsorge', ‚Sozialhilfe' und ‚Sonderbeschulung' nur noch die ‚Sonderbeschulung' betrachtet und daraus wenige Zeilen später schließt: „Am Ende dieses nahezu hundertjährigen Abschnitts einer **pädagogischen** Arbeit [Hervorhebung V.M.] steht heute die Frage nach der Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik“ (Orthmann 1969a, 13).

Er begründet folgend den Aufbau seines Referates, das er einordnen möchte in die „Bewegung der Bildungsreform“ und in die „sonderpädagogische Emanzipation“ (Orthmann 1969a, 14). Sein Hauptanliegen ist es, die – gestörte – Sprachlichkeit des Menschen als eine nicht vom Menschsein zu trennende **„Seinsbesonderung“** verstanden zu wissen, die einer „erziehungswissenschaftlich faßbaren, entsprechenden Aufgabe“ (Orthmann 1969a, 14) bedarf. In seinem Verständnis „... ist [es] nicht möglich, etwa den rein artikulatorischen Bereich zu verselbständigen und vom Ganzen der Sprache zu isolieren“ (Orthmann 1969a, 16). Die isolierte Therapie von Aussprachestörungen ist daher nicht zielführend und es „ ... ergibt sich als Vorschlag, Sprachheilpädagogik und syn. Logopädie als pädagogisch bestimmte Heilungsarbeit an Sprachgeschädigten zu bestimmen“ (Orthmann 1969a, 18). Dieser Aspekt „ ... kann nicht durch zeitliche Abstriche verengt oder verstellt werden. Er fordert Schule als Vollgestalt“ (Orthmann 1969a, 19). Eindeutig und sachlogisch erscheint diese Argumentation aus seiner pädagogischen Perspektive. Der klinisch-therapeutische Anteil sprachheilpädagogischer Tätigkeit findet in einem solchen Konzept dann keinen Platz, wenn dieser ambulant, d.h. unter Sachzwängen mit ‚zeitlichen Abstrichen’ erfolgen muss. Dass Orthmann dennoch propagiert: „Sprachheilpädagogik findet sowohl in Sonderschulen statt ... als in außerschulischen Räumen (Ambulanz)“ (Orthmann 1969a, 18), ist ein Argumentationsbruch, relativiert aber nicht die Grundsätzlichkeit seiner Aussage: Sprachtherapie ist ein ausschließlich pädagogisches Geschehen, welches den Menschen in seiner Gesamtheit erreichen muss und andere, rein logopädische Ansätze sind wenig Erfolg versprechende bloße Techniken. Ambulante Arbeit muss nach maximal sechs Monaten eine „sprachliche Normalisierung“ (Orthmann 1969a, 23) erreicht haben, andernfalls „... sollte die Weiterbehandlung mit einem sonderschulischen Bildungsweg verbunden werden, um Schulschaden zu verhüten“ (Orthmann 1969a, 23).

Die Dominanz des schulischen Erziehungs- und Fördergedankens prägt nachhaltig die Vorstellungen, die Orthmann entwickelt. Die etymologischen Betrachtungen zum Begriff „Sprachheilpädagogik“ und die argumentative Begründung seines alternativen Namensvorschlages ‚Sprachgeschädigtenpädagogik’, die einen Großteil seines Vortrages ausmachten, sind aus heutiger Sicht eher Randarabesken der Diskussion. Bedeutsamer ist die von ihm vorgestellte anthropologische Betrachtung auf sprachauffällige Kinder (gestörte Erwachsenensprache betrachtete er nicht – aus seiner pädagogischen Perspektive ist der Verzicht darauf stringent), die den Erziehungsauftrag des Sprach/heil/geschädigten/pädagogen in das Zentrum stellen, denn: „... der sprachgeschädigte Schüler als homo educandus ist Objekt [**nicht ‚Subjekt’** V.M.] der Bemühung um Erziehung und Bildung“ (Orthmann 1969a, 19).

*Eine solch fundamentalistische Sprachheil**schul**pädagogik evozierte möglicherweise Zustimmung aus den Reihen der an dieser Institution Tätigen. Sicherlich provozierte Orthmann aber auch die Ablehnung seiner Vorstellungen aus den Reihen derer, die sich an anderen Förderorten den Problemen sprachauffälliger Menschen annahmen, weil sie abseits der ‚reinen’ Erziehungs- und Förderarbeit an den Schulen, sachlogisch nachrangig, tendenziell ‚bloß’ symptomorientiert, sprachtherapeutisch arbeiten. Die gesamte Diktion der Ausführungen Orthmanns ist gekennzeichnet von einem aufrichtigen, dem sprachbehinderten Menschen empathisch zugewandten Impetus, der aber möglicherweise ‚übersieht’, dass mit einer so definierten ‚Eigenständigkeit’ eine Hierarchie der Behandlungsorte und Behandlungsmethoden festgeschrieben wird. Der von ihm zu Beginn des Referates festgestellten ‚Bewertung der Sprachstörung als einer Krankheit’ trägt all dies keine Rechnung, da Krankheiten nicht primär und vor allem nicht ausschließlich an Schulen behandelt werden. Eine Vorstellung von den Aufgaben der Sprachheilpädagogik und den Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen, wie sie von Orthmann entwickelt wird, grenzt das außerschulische Arbeitsfeld qua paradigmatischer Setzung aus beziehungsweise marginalisiert dieses.*

Das sich an dieses Referat anschließende ‚Podiumsgespräch zum Tagungsthema’ gibt Einblicke in die unterschiedlichen Reaktionen beispielsweise der Phoniatrie, aber auch von Fachkollegen auf die zentralen, von Orthmann angesprochenen Themen.

Arno Schulze nimmt aus einer ebenfalls pädagogischen, aber sich von Orthmann unterscheidenden Sichtweise dezidiert Stellung zur Frage der ‚Eigenständigkeit'. Bereits vor Beginn des Kongresses hatte er in der ‚Sprachheilarbeit' ausgiebig dargelegt, warum, wenn überhaupt, Eigenständigkeit ausschließlich eine Sprachheil**schul**pädagogik für sich beanspruchen könne (vgl. Schulze 1968, 201 ff). An diese Position anknüpfend formuliert er plakativ und konsequent zu Gunsten eines schulischen Primats der Sprachheilpädagogik und rät zu weitgehendem Verzicht auf ein therapeutisch/klinisch/medizinisch geprägtes Verständnis des Faches: „Wenn man schon Eigenständigkeit konstituieren will, kann man das meiner Meinung nach noch am besten, wenn man sich auf den sonder s c h u l pädagogischen Bereich beschränkt und die Bildung und den Unterricht sprachgeschädigter Kinder in den Vordergrund stellt. Dann ergibt sich schon eine sehr natürliche Abgrenzung zu dem Gebiet der Medizin, und man kann die Fronten insofern klären, daß der Pädagoge auf seinem Gebiet bleibt, dort aus seinen erziehungswissenschaftlichen Grundlagen heraus auch eigenverantwortlich und selbstverantwortlich handelt, daß er aber nicht in die Diagnostik und, wie ich auch glaube, in die eigentliche Therapie insofern eindringt, daß er den Anschein erweckt als sei er nur noch Therapeut" (Schulze 1969,27).

Anders als der Pädagoge Schulze konzentriert sich der Phoniater Loebell auf den außerschulischen, besonders den ambulanten Bereich und sieht die Eigenständigkeit des Sprachheilpädagogen in den Ambulanzen: „Es erscheint mir eminent wichtig, daß der Fachpädagoge in den Ambulanzen eine zentrale Stellung haben soll. [...] Ich würde zwei Forderungen verknüpfen, wenn ich **die Ambulanzen bei der Sprachheilarbeit in den Mittelpunkt stelle** [Hervorhebung V.M.]: 1. ... die Diagnostik sollte durch den Arzt erfolgen. 2. ... Fachpersonal, Fachpädagogen und Logopäden [sollten] ausgebildet und in den Ambulanzen hauptamtlich beschäftigt werden" (Loebell 1969, 28). Ein gänzlich anderes Verständnis der sprachheilpädagogischen Arbeit, als es Orthmann (und auch Schulze) darlegt, wird hier deutlich: Nicht der erzieherisch tätige und dadurch ‚therapierende' Sprachheilpädagoge im sozialen

Schonraum Sprachheilschule ist zuständig für die sprachtherapeutische Arbeit, sondern der fachspezifisch ausgebildete Logopäde/Sprachheilpädagoge im ambulanten, nicht-schulischen System, bekommt von Seiten der Phoniatrie durchaus Eigenständigkeitsaspekte zugestanden. Allerdings erst **nach** vorausgegangener Diagnostik durch den Arzt.

Ganz ähnlich sieht dies Biesalski, der die Grenzziehung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Medizin und Pädagogik durchaus problematisiert, aber dennoch deutlich macht, dass man „... die medizinischen Zusammenhänge in ihren Ursachen und Entstehungen als funktionelle oder organische Störungen begreifen [muss]. Aber ... wenn wir von der Therapie schlechthin sprechen, dann sollten wir Mediziner sofort den Pädagogen und den Psychologen zu Rate ziehen, ohne daß wir uns dabei etwas vergeben müssen. [...] ..., daß im Grenzgebiet der Therapie bereits der Pädagoge das Wort haben muß“ (Biesalski 1969, 28). Auch dieser Phoniater verliert kein Wort über die Schule als dem primären Förderort von Sprachstörungen wie ihn Orthmann ausgiebig in seinem Referat dargestellt hat und als den ihn auch die anderen Sprachheilpädagogen betrachten. (*Der Diskussionsverlauf wirft die Frage auf, ob hier eine jeweils fachspezifisch verursachte Form kommunikativen Neglects vorliegt?)*

Der Eindruck verstärkt sich, wenn folgend auf diese beiden phoniatrischen Diskussionsbeiträge nunmehr aus sprachheilpädagogischer Sicht Prof. Jussen das Tagungsthema zwar konsequent, aber neu definiert: „Nun geht es also um die Eigenständigkeit der Schule, so wie ich das Tagungsthema verstanden habe“ (Jussen 1969, 29). Auch der aus der Zuhörerschaft erfolgte Einwurf: „Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik, nicht der Sprachheilschule!“ (dgs 1969, 29) vermag ihn nicht zu irritieren („Aber mein spezieller Auftrag ist es jetzt, zur Schule zu sprechen“) und so fährt er dort fort, wo Orthmann aufgehört hat, nicht aber seine Vorredner.
Die ist ein dokumentiertes Beispiel nicht-kongruenter Semantik zwischen zwei Berufsgruppen die sich beide professionell der Sprache zuwenden.

Dieser Diskussionsverlauf setzt sich fort, und wenn Schulze sechs Textseiten weiter bilanziert: „So hat das Gespräch eigentlich meine These bestätigt, daß, wenn man schon eine Eigenständigkeit konstituieren will, das wohl nur im Raum der Sprach-Sonder s c h u l pädagogik machen kann“ (Schulze 1969, 35) gibt er seine Wahrnehmung sicherlich korrekt wieder und dürfte sich daher gewundert haben, dass der Diskussionsleiter, Wulff, ihn daraufhin auffordert: „Herr Schulze, lassen wir einmal die Schule aus dem Spiel“ (Wulff 1969, 35).

Wie können beide Konzepte in Übereinstimmung gebracht werden? Auf der einen Seite das von Orthmann/Schulze/Jussen, die bei aller Unterschiedlichkeit ihrer jeweils individuellen Vorstellungen dennoch darin einig sind, dass der primäre Ort sprachheilpädagogischer Tätigkeit die Sprachheilschule ist. Und auf der anderen Seite jenes von Wulff („...dann müsste der Pädagoge doch, wenn ihm das Kind anvertraut wird, mit seinen Mitteln pädagogisch selbständig, eigenständig und verantwortlich die Aufgabe übernehmen, und zwar **auch in der Therapie und nicht nur in schulischer Hinsicht** [Hervorhebung V.M.]“ Wulff 1969, 35) und den vielen Praktikern, die gerade auch ambulante Tätigkeit als bedeutsam und sprachheilpädagogisch wertvoll erachten. Wie ist darüber hinaus das zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik unterschiedene Verständnis des ‚Eigenständigkeitsprinzips’ einmal in der Ambulanz, das andere Mal in der Sprachheilschule, erst kommunizierbar und danach möglicherweise überwindbar?

Biesalski argumentiert eindeutig, wenn er die Notwendigkeit begründet, warum die Mediziner auch (sprach-) therapeutisch tätig sind: „... haben sie bitte Verständnis dafür, [daß wir] Therapie betreiben müssen, um Therapie entwickeln zu können. Es ist unsere Aufgabe, Wissenschaft zu betreiben, und wir können sie nicht im Elfenbeinturm betreiben, wir brauchen den Patienten“ (Biesalski 1969, 36).

Weniger klar äußert sich Jussen, der unter Verweis auf die Notwendigkeit enger Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen (**er** nennt Psychologie, Soziologie, Medizin und Sprachwissenschaft) betont: „... so kann es gar keine Frage sein, daß **irgendwie** [Hervorhebung V.M.] doch das Pädagogische bestimmend sein muß“ (Jussen 1969, 36). Dieses ‚irgendwie' sucht Orthmann zu präzisieren und formuliert: „Eigenständigkeit kann sich in unserer Pädagogik doch nur so verwirklichen, daß man die Frage stellt: Genügt für den Sprachgeschädigten die normale Pädagogik plus etwas therapeutisch-atmosphärischer Zugabe, oder erfordert das Wesen des sprachgeschädigten Menschen einen besonderen pädagogischen Zugriff?" (Orthmann 1969, 37). Er gibt die Antwort sogleich: **„Wir glauben, daß [bei einem] Sprachgeschädigten ... in der Tat tiefer liegende Verformungen, Wesensänderungen vorliegen können. Hier sind Aufgaben einer speziellen Pädagogik zu erkennen" (Orthmann 1969, 37)** [Hervorhebung V.M.].

6.2.1.2 Diskurs: Fragen an eine ‚Eigenständigkeit' fordernde Sprachheilpädagogik

Vor dem Hintergrund der äußerst langlebigen und nur selten im paradigmatischen Kern kontrovers geführten Diskussion um die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik, deren Prinzipien von engagierten, lehrenden Sprachheilpädagogen über die Zeit mitgetragen wurden, drängen sich eine Reihe von Fragen auf, deren Antworten bis heute ausstehen.

Die von Orthmann formulierten Aufgaben stellen die zentralen Implikate sprachheilpädagogischen Denkens dar, wie sie innerhalb der Sprachheilpädagogik nicht grundsätzlich hinterfragt werden, zumindest nicht in dieser Zeit: Sprachbehinderungen bewirken Wesensänderungen, tiefer liegende Verformungen, die einer spezifischen pädagogischen Betreuung und Fürsorge bedürfen, um nach einer erfolgreichen Umerziehung der Persönlichkeit des Betroffenen zu einem störungsadäquaten Umgang mit der sprachlichen Beeinträchtigung zu führen. Im besten Falle gelingt es, die veränderte ‚Seinsbesonderheit' in einer ständigen Wechselwirkung sprachfördernder Interventionen und persönlichkeitsstabilisierender/-modifizierender Maßnahmen durch angewandte Pädagogik, gänzlich zu nivellieren, respektive zu heilen.

Wichtige Aspekte einer solchen Selbstverständnisdefinition, wie sie exemplarisch von Orthmann vorgenommen wird, scheinen nicht genügend ausgeleuchtet zu sein und provozieren nicht nur die Phoniater zur Nachfrage („Darf ich mal eine sophistische Frage stellen? Warum denn eigentlich Eigenständigkeit?“ Loebell 1969, 37).

Was macht, so mag eingewendet werden, die Sprachheilpädagogik ‚irgendwie’ (vgl. Jussen 1969) anders als eine andere, eine allgemeine (?) Pädagogik? Ist es das fachlich spezifische, das sprachtherapeutische Know-how, welches sie in den Prozess einbringt? Aber an welcher Stelle und wie bringt sie es ein? Was unterscheidet dann, wenn es dieses spezifische Fachwissen ist, die Sprachheilpädagogik von einer – spezifische Techniken anwendenden – Logopädie? Ist es die Zusätzlichkeit der pädagogischen, ganzheitlichen Kompetenz, die den Sprachheilpädagogen besonders qualifiziert? Kann aber nicht ein wesensoffener Logopäde/Phoniater/Volksschullehrer, der wie Bahr/Lüdtke unter der Kapitelüberschrift ‚Das Wesen des sprachfördernden Geschehens’ formulieren: „... das pädagogische Verhältnis ... den dual-personalen Modus des zwischenmenschlichen Bezuges und Momente wie Interaktionsformen, emotionale Bindungen, pädagogische Einstellungen, Haltungen und Grundstile mit einbezieht“ (Bahr/Lüdtke 2000, 96) ebenso erfolgreich therapieren/ behandeln/’umerziehen’/fördern? Anders gefragt: Ist die Suche nach dem optimalen Zugang zum sprachbehinderten Menschen, der bestmöglichen Förderung des sprachbehinderten Menschen eine Inhaltsfrage, d.h. wird vor allem das ‚Warum’ der Sprachstörung betrachtet oder ist es eine Methodenfrage, d.h. wird das ‚Wie’ der bestmöglichen Kompensation oder Reduzierung der vorliegenden sprachlichen Beeinträchtigung betrachtet?

Wird eine Metatheorie für den Zugang zu oder der Förderung von sprachbeeinträchtigten Menschen benötigt, wie die Sprachheilpädagogik sie zu liefern bemüht ist, **bevor** die Frage der Methodik dieses Zuganges oder der Förderung reflektiert wird? Kann die Methodenfrage überhaupt unabhängig vom Inhalt diskutiert werden und wann beginnt die Betrachtung von Form und Inhalt einer

Sprachstörung zirkulär zu werden, also muss beispielsweise erst das ‚Wesen' des Stotterns erkannt sein, bevor die Methodik der Behandlung definiert und evaluiert werden kann?
Selbstverständlich nicht, wird der Praktiker und wohl auch der forschend-reflektierend- (vielleicht)-evaluierend tätige Wissenschaftler entgegnen, denn sonst könnte es bis zum heutigen Tage keine Stottertherapien geben, da das Wesen dieser Störung bis heute letztlich unerkannt geblieben ist. Würde aus einer solch grundlegenden Theorielastigkeit der Betrachtung einer Sprachstörung, deren potenzielle Unbehandelbarkeit wegen fehlender methodischer Grundlagen in der Folge nicht zweifelsfrei erkannter Inhaltlichkeit die Konsequenz darstellen? Dies wäre eine Paradigmatisierung der Diskussion, die unter der Perspektive ethisch-moralischer Kategorien des Vorenthaltens möglicher Rehabilitations- oder Heilungschancen nicht akzeptabel wäre. Dennoch – ist es tatsächlich weniger wünschenswert, keine Therapie durchzuführen als eine nicht fundiert begründete? Ist der sprachauffällige Mensch als ‚Try-and-error-Objekt' der Forschung und Therapie zu rechtfertigen („Bitte nicht das Wort vom Versuchskaninchen verwenden, denn das sprachgeschädigte Kind ist bei uns Patient, ob es nun ‚wissenschaftlich ausgewertet' wird oder nicht." Biesalski 1969, 36)?

Und noch eines: Wenn über die Methodenfrage entschieden wurde und wird – bleiben wir beim Stottern – ohne das Wesen der Sprachstörung tatsächlich zu kennen, woher leitet sich dann der erhobene inhaltliche Anspruch ab, ein eben dem (unerkannten !) Wesen der Sprachstörung allein gerecht werdender methodischer und therapeutischer Zugang sei ein sprachheilpädagogischer und der dieser (noch immer unerkannten !) Störung einzig angemessene Behandlungsort sei die Sprachheilschule? Homburg fragt, bezogen auf Orthmanns Eigenständigkeitreferat: „Warum sollte Sprachbehindertenpädagogik auf Sonderschulen begrenzt sein?" (Homburg 1978, 5). Ersetzt die Ideologie die Empirie und die Theorie?
Greift also auch hier der ‚klassische' Methodenzirkel der Wissenschaftstheorie, dass die Form der Beobachtung (die Behandlung) den Inhalt der Erkenntnis (das Ergebnis) prägt?

Auf den hier vorliegenden Gegenstand, Sprachstörungen und ihre Therapie, bezogen lautete diese Frage: Ist die Folge einer dominant pädagogisch ausgerichteten Förderung der Sprachstörung ‚Stottern' die ‚Erkenntnis', dass Stottern am angemessensten mit (schul-) pädagogischen Fördermaßnahmen behandelt werden kann (der Begriff ‚Stottern' sei auch hier nur als Beispiel verstanden, da der dargelegte Argumentationsgang sich nicht verändert wenn statt ‚Stottern' ‚Sprachentwicklungsstörung', ‚Aphasie' oder ‚Dysgrammatismus' stehen würde)? Und wurde diese ‚Erkenntnis' nur deshalb gewonnen, weil andere Therapieformen (logopädische) und Therapieorte (Ambulanzen) in der Folge paradigmatischer Setzungen am Beginn des ‚Erkenntnisprozesses' erst gar nicht erprobt wurden? Oder (um den Gedanken zu Ende zu führen,) bedeutet Pädagogik, Sprachheilpädagogik – in diesem nicht nur in dieser Zeit verwendeten Verständnis – lediglich, die Empathiebereitschaft des spezifisch oder unspezifisch therapeutisch Handelnden („Ziel der sprachfördernden Zuwendung ist es, dem sprachlich beeinträchtigten Menschen ein Du zu sein, an dem er zu seinem wahren Ich werden kann" Bahr/Lüdtke 2000, 93)? Ist das ‚irgendwie' Pädagogische (vgl. Jussen 1969) ein metaphysisches Konstrukt, das, einem spezifischen Menschenbildverständnis folgend, darauf verzichtet spezifisch sprachtherapeutische Aussagen zu machen?
Wird überhaupt eine spezielle Sprachheil**pädagogik** benötigt im Unterschied zu einer fachlich ausgerichteten, pädagogisch-menschliche Kompetenzen berücksichtigenden Sprachtherapie**wissenschaft**?

Ein weiterer Paradigmen- und Fragenkomplex schließt sich an die Orthmann/Jussen/Schulze/Bahr/Lüdtke - Position außerdem an: Gibt die sprachheilpädagogisch konstruierte Wirklichkeit von Sprachstörungen mit ihrem Verständnis des Wesens und der Wirkungen sprachlicher ‚Behinderungen' für das Individuum, die ‚objektive' Indikation der Form und des Inhaltes der zu wählenden sprachtherapeutischen Intervention an? Ist ein sprachbeeinträchtigter Mensch in einer solchen Weise auch ‚wesensbeeinträchtigt', dass der ihn fördernde Sprachheilpädagoge aus seiner (hoffentlich) erworbenen fachlich-pädagogischen Kompetenz heraus festlegt, dass nicht eine ‚bloß' symptomorientierte logopädische ‚Techniktherapie' angeraten ist, sondern ‚Aufgaben einer speziellen Pädagogik zu erkennen sind' (vgl. Orthmann 1969, 37) und der Sprachheilpädagoge dieses **für** den betroffenen Menschen und nicht **mit** der betroffenen Person entscheidet? Besitzt die von Orthmann u.a. bevorzugte anthropologische Sichtweise auf **den** Sprachgestörten voyeuristische Momente durch die Distanziertheit auf dem Boden vermeintlicher fachlicher Überlegenheit, mit dem sie auf und in den Menschen blickt? „Ähnlich wie die medizinisch infizierte Sichtweise ist auch die ausführliche Diskussion um die Anthropologie der Behinderten so ertragsarm geblieben, weil dort von der Denkvorstellung der Andersartigkeit des Behinderten ausgegangen wird" (Homburg 1978, 5). Wie grundsätzlich zweifelhaft solche Setzungen sein können, auch wenn sie einer pädagogischen/therapeutischen Verantwortungsethik folgen, verdeutlichen Studien zur unterschiedlichen Bewertung der Notwendigkeit sprachtherapeutischer Interventionen bei schwersten Sprach- und Sprechstörungen (Aphasien, Dysathrophonien), wie sie von Patienten/ Betroffenen auf der einen Seite und Sprachtherapeuten/Sprachheilpädagogen auf der anderen Seite (jeweils differierend) vorgenommen werden (vgl. Giel 2000). Die Therapie- und Methodenentscheidungen erscheinen dann noch bedenklicher, wenn, wie es Orthmann formuliert „... auch der kleinste Sprechfehler unter die Haut geht" und seine nicht adäquate sprachheilpädagogische Würdigung eine „Sünde wider den heiligen Geist" (vgl. Orthmann 1961, 34) ist.

Aus welcher persönlichkeitsanalytischen Kompetenz heraus, so sei weiter gefragt, bewertet der Sprachheilpädagoge der Neuzeit, so wie der zur Zeit Orthmanns oder Jussens, dass der sprachauffällige, kommunikationsbeeinträchtigte Mensch eines Sprachheilpädagogen/Sprachtherapeuten bedarf, der nicht allein die ‚äußere Form' der Sprachbeeinträchtigung gemeinsam mit dem Betroffenen zu verändern sucht, sondern vielmehr die Suche nach ‚dem wahren Ich' (vgl. Bahr/Lüdtke 2000) als Therapieziel definiert? Entspricht eine solche Betrachtung des Kommunikationsbeeinträchtigten als ein Subjekt, das im Kern verändert werden soll und dabei zum Objekt sprachheilpädagogischer Bemühungen wird (vgl. Orthmann 1969, 19), einem den Sprachheilpädagogen qua Ausbildung und Praxis zugewachsenen Wissensvorsprung. Oder drückt sich hier bloß eine – manchen sprachheilpädagogischen Weltbildern womöglich immanente – Hybris aus, die alleinige Kompetenz über die vorzunehmende Therapiezieldefinition in Vertretung oder anstatt der betroffenen Personen und der ‚Mitbehandler' (Ärzte, Psychologen,...) zu besitzen?

Welche Antworten auf einige der hier aufgeworfenen Fragen die sprachheilpädagogischen Wissenschaftler und interessierten Praktiker in der zu untersuchenden Zeit finden oder ob sie angesprochenen Aspekte näher betrachten, sei im Folgenden weiter untersucht.

Orthmann reagiert in der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' (1/1969) auf die Diskussionen und Stellungnahmen, die sich seinem Kongressbeitrag anschlossen. Er folgt dem Motto ‚viel Feind viel Ehr' und stellt ‚erfreulicherweise' fest, „... daß das Thema aus dem Leben gegriffen ist, nahezu ein ‚heißes Eisen' darstellt, ... Damit aber zeichnet sich die Münchener Tagung als ein markanter Punkt ab" (Orthmann 1969, 1). Für ihn steht weiterhin im Zentrum der Aufmerksamkeit die begriffsdefinitorische Anstrengung, als ‚Sprachheilpädagogik', ‚SprachheilPÄDAGOGIK', ‚Sprachgeschädigtenpädagogik' oder ‚Sprachsonderpädagogik' das zu bezeichnen, was Wissenschaft und Praxis zu tun bemüht sind (vgl. Orthmann 1969b, 1 f.). Er stellt klar, dass „...die für den sprachgestörten Schüler aufzuwendende schul*pädagogische* Arbeit [nicht] allein aufgefangen werden kann von Normalpädagogik mit therapeutischen Ingredienzien", sondern geprägt sein müsse vom Wissen über „... die gestörte Sprachlichkeit des Menschen und ihrer Lebens- und Verhaltensbedeutsamkeit" (Orthmann 1969b, 2).

Das aus der ‚Eigenständigkeitsdebatte' gewonnene Selbstbewusstsein lässt ihn formulieren: „Es ist daher vom pädagogischen Standpunkt aus die Frage aufgeworfen worden, ob nicht durch medizinische und psychologische Hilfswissenschaften eine Überwucherung des erziehungswissenschaftlichen Ansatzes erfolgen könne" (Orthmann 1969b, 2). Medizin und Psychologie als ‚Hilfswissenschaften' der Sprachheilpädagogik und nicht etwa als Grundlagenwissenschaften oder Nachbardisziplinen – eine solche Positionierung des eigenen Faches war neu.

Entschieden verwahren möchte Orthmann sich gegen die Gleichbetrachtung der Arbeit an Sprachheilschulen und Sprachheilambulanzen oder der Begriffe ‚Pädagoge' und ‚Therapeut' wie dies Gundermann (1968, 241ff) versuche. Im Gegenteil: „Es erscheint uns daher heute als nicht mehr ganz korrekt, z.B. für die Zuständigkeit der schulrechtlichen Arbeitssphäre den gleichen terminologischen Oberbegriff ‚Sprachheilpädagogik' aufzurufen wie für **eine vorwiegend logopädische (therapeutische)** ***Aktion*** **am Sprachgeschädigten“** [Hervorhebungen V.M.](Orthmann 1969b, 2).

Deutlicher – geradezu diffamierend – kann sich einer der führenden sprachheilpädagogischen Wissenschaftler und Ausbilder von angehenden Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen in diesen Jahren nicht von klinisch-therapeutischer, außer-schulischer Tätigkeit abgrenzen. Über die Auswirkungen einer solchen Geringschätzung des nicht-schulischen Arbeitsfeldes in der Bewusstseinsbildung der folgenden Sprachheilpädagogengenerationen kann nur gemutmaßt werden. Im Sinne der Fragestellung der Arbeit gewinnt die These an Kontur, dass sprachheilpädagogische Theorie- und Konzeptbildung eine Tätigkeit im klinisch-therapeutischen Arbeitsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation als nachrangig und geringwertig ansah und eine eigenständige Theoriebildung für diesen Tätigkeitsbereich als nachrangig betrachtet wurde.
*Dennoch darf eines nicht übersehen werden: Die von Orthmann und Jussen betriebenen Bemühungen, „... das sprachheilpädagogische Anliegen aus der überkommenen Sicht zu lösen und eine ‚anthropologische Begründung und Fundierung als Teil einer umfassenden Persönlichkeitsbildung' anzustreben“(Orthmann 1969b, 2), lösten traditionelle Vorstellungen einer additiven sprachtherapeutischen Heilpädagogik ab. Eine anthropologische Sicht ist in einem durchaus positiven Sinne fortschrittlich, wenn eine bloß partikuläre Betrachtung des ‚sprachkranken' Individuums abgelöst wird von einer ganzheitlicheren, persönlichkeitsorientierten, die Sprachheil**pädagogik** in den Mittelpunkt rückenden Betrachtung. Allein, die Ausschließlichkeit mit der dieses geschieht und der gleichzeitige Verzicht auf relativierende Betrachtungen, gepaart mit geradezu missionarischem Sendungsbewusstsein gegenüber ‚Andersdenkenden' haben die ‚Eigenständigkeitsdebatte' erforderlich gemacht,*

aber auch gleichzeitig die Begrenztheit einer solchen Autonomiebestrebung deutlich werden lassen. Den Fragen, die aus Sicht der Sprachheil/geschädigten/pädagogik beantwortet oder besser, die erstmals gestellt wurden, obwohl deren Beantwortung nicht alle Betroffenen gleich erwartungsvoll entgegensahen, stehen zahlreiche nicht gegebene Antworten auf, leider, nicht gestellte Fragen gegenüber.

Die zeitübergreifende Bedeutung erhält die Eigenständigkeitsdebatte und in noch größerem Maße das mit ihr verbundene neue sprachheilpädagogische Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl durch die Unversehrtheit, mit der zentrale anthropologisch-pädagogische Konstrukte und resultierende Handlungskonzepte ihre Wirkung bis in die heutige Zeit hinein entfalten. Nicht nur das (exemplarisch zitierte) Autorenpaar Bahr und Lüdtke revitalisiert eine Sprachheilpädagogik, wie sie durch den Namen Orthmann verkörpert wird. Braun (1997), Grohnfeldt (1989), Teumer (1995b), Welling (1997a, b), Westrich (1995), um nur einige Lehrende des Faches in den vergangenen Jahren zu nennen, beziehen sich ebenfalls auf Orthmann und dessen Kerntheorem, der Dominanz der (Sprachheil-)Pädagogik gegenüber der (Sprach'heil'-) Therapie.

6.2.1.3 Relativierende Positionen zur ‚Eigenständigkeit' der Sprachheilpädagogik

Kritische Positionen zu der von Orthmann initiierten Eigenständigkeitsdebatte nehmen aus sprachheilpädagogischer Perspektive Schulze, Schultheis, später Scholz und Vertreter der Nachbardisziplin Phoniatrie ein.
Schulze sieht in der Eigenständigkeitsdebatte die Gefahr von ‚Missverständnisse', die „... zum Beispiel bei Medizinern unter Umständen zu einer skeptischen, wenn nicht gar ablehnenden Haltung unserem Fachgebiet und unserer Arbeit gegenüber führen können" (Schulze 1968, 202). Außerdem will er die Zuständigkeit und Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik ausschließlich auf den schulischen Raum begrenzt wissen, denn: „Die Begründung der Eigenständigkeit der Sprachsonderpädagogik und der Selbständigkeit des Fachpädagogen (Sonderschullehrer für Sprach-

behinderte) wird jedenfalls im Bereich der Sprachheilfürsorge und des ‚freien Praktizierens' schon wieder wesentlich schwieriger" (Schulze 1968, 203). Darum grenzt er noch weiter auf die Sprachsonder**schul**pädagogik ein, wohingegen Orthmann die Ambulanzen als Tätigkeitsorte ausdrücklich mit einbezogen hatte. Schulze bezieht sich zustimmend auf Orthmann, der kritische Auffassungen zum „problematischen schulischen Pluralismus von Therapie und Unterricht" vertritt, wobei die Therapie als etwas vom unterrichtlichen Geschehen Getrenntes zu kritisieren sei, denn sie besitze lediglich additiven, nicht integrierenden Charakter. Der daraus zu ziehenden Konsequenz, eine „sprachheilpädagogisch konzipierte Unterrichtslehre zu erarbeiten" (Orthmann 1966, zit. n. Schulze 1968, 205), folgt Schulze konsequent und lehnt daher außerschulische Therapie unter dem Terminus einer ‚Sprachsonderpädagogik' ab. Damit steht er im Gegensatz zu Orthmann und denkt ihn doch nur konsequent zu Ende.

Die von Orthmann, Schulze oder Wulff aufgestellte Forderung nach einer eigenständigen sprachheilpädagogischen Didaktik („Diese Didaktik ist noch nicht geschrieben. Gerade darum haben wir ja dies zu einem Thema für einen Ehrenpreis gemacht" Wulff 1969, 37) durchzieht die Diskussionen der Zeit, erscheint jedoch wissenschaftstheoretisch inkohärent.

Der Forderung nach einer eigenständigen Sprachheilpädagogik ist die Vorstellung, „einer Funktionssymbiose von Erziehung, Unterricht und Therapie" (Orthmann 1966, zit. n. Schulze 1968, 205), wie sie nur als Didaktik entwickelt werden kann immanent. Liegt eine diese ‚Dreifaltigkeit' integrierende Didaktik nicht vor, fehlt die theoretisch-praktische Begründung und Anleitung für das symbiotische Vorgehen entsprechend der aufgestellten Trias, bleibt spezifische Sprachtherapie additiv und damit ‚problematisch', weil ineffizient in einem sprachheilpädagogischen Sinne, der Wesensveränderung als Zielperspektive vorgibt. Bloße Therapie, egal ob „... der Unterricht von therapeutischen Einschüben ‚durchbrochen' wird, ob ein ‚therapeutischer' Vorspann dem Unterricht vorangeht oder ‚therapeutische Sonderstunden' während des Unterrichts einschließen, ändern nichts am additiven Charakter" (Orthmann 1966, zit n. Schulze 1968, 204). Diesem ‚Dualismus soll abgesagt werden' (vgl. Orthmann 1966, zit n. Schulze 1968, 205). Erneut begegnen wir dem Orthmannschen Methodenzirkel, der den Inhalt festlegt, bevor er den Schlüssel dazu in der Hand hält. Konsequenterweise müsste der Umkehrschluss nämlich lauten: Solange keine Didaktik der Sprachheilpädagogik vorliegt, die die ‚Funktionssymbiose von Erziehung, Unterricht und Therapie' leistet, solange kann eine sprachheilpädagogische Interaktion im Sinne Orthmanns und anderer nicht erfolgen. Der Didaktik –Preis der dgs (s.o.) wurde bis heute nicht vergeben!

Eine Zeitgeistposition wie kaum ein anderer bezieht Schultheis (vgl. Schultheis 1969a und b), der die Eigenständigkeitsdebatte und die terminologischen und sprachheilpädagogischen Reflektionen Orthmanns und Schulzes zum Anlass nimmt, die Autonomiediskussion der Sprachheilpädagogik in den größeren Zusammenhang einer allgemeinen Emanzipationsbewegung zu stellen (er bezieht sich dabei auf Klafki und Adorno) und versucht, die hinter manchem Begriffsnebel kaum zu erkennenden Inhalte der Debatte zu politisieren und zu entmystifizieren. Er sieht in den Eigenständigkeitsbemühungen eine „Los-von ...Bewegung" (Schultheis 1969b, 127) und fordert: „Der Sektor der Sprachbehinderungen sollte als eigenes Forschungsgebiet anerkannt und in geeigneten wissenschaftsmethodischen Ansätzen in Absprache und Zusammenarbeit mit Fachmedizin und Psychologie durchforscht werden" (Schultheis 1969b, 129).
Die an zahlreichen Stellen, vermutlich in der Folge persönlicher Erfahrungen, durchaus polemisch zu nennenden Textpassagen („Wer die Machtpositionen im souveränen Bereich autokratischer Universitätsinstitute und -seminare kennenlernen durfte" oder „Hier zeigt sich, daß die Autonomie einer wissenschaftlich sich verstehenden Schulen-Bildung, ganz gleich, welche würdigen, historisch gewachsenen und verdienstvollen Häupter ihren Namen dafür leihen, im Sinne einer Clanbildung den eigentlichen Aufgaben nicht voll gerecht werden kann" Schultheis 1969a, 77f.) verhinderten, dass eine Auseinandersetzung mit den zum Teil durchaus kritisch-konstruktiven Gedanken Schultheis' in der Sprachheilpädagogik einen breiteren Raum einnahm.

Bedeutsamer vor allem in Bezug auf eine fachlich-sprachwissenschaftliche Ausrichtung der Sprachheilpädagogik wirkte Hans-Joachim Scholz, der von vielen, neben Jussen, als der „Vater“ der Phonologie in Deutschland angesehen wird (vgl. Scholz 1969, 1970). Der langjährige Inhaber des Lehrstuhls für ‚Didaktik der Sprachbehindertenpädagogik’ an der Universität zu Köln äußerte sich 1974 in einem Referat bei den sogenannten ‚Inzigkofener Gesprächen’. Sein Thema war „Normbegriffe und Begriffsnormierung in der Sprachbehindertenpädagogik“ und enthielt interessante Passagen zur nun einige Zeit zurückliegenden Eigenständigkeitsdebatte und der dort versuchten neuen begrifflichen Fassung der Sprachheilpädagogik. Er führt aus: „An dem Beispiel des Begriffs ‚Sprachbehinderter’ wird wieder einmal das hinreichend bekannte Dilemma der uneinheitlichen und oft auch widersprüchlichen Terminologie im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik ... deutlich. [...] Man geht sicher nicht fehl in der Annahme, daß ebensolchen von pädagogischer Seite initiierten Versuchen der Erfolg versagt bleiben muß, solange es nicht gelingt, Postulate und Begriffe auf der Basis eines theoretischen Konzeptes zu formulieren bzw. zu definieren. Man muß – ohne bemerkenswerte Ansätze in dieser Richtung schmälern zu wollen – klar und deutlich sehen, daß eine solche die Sprachbehindertenpädagogik tragende Theorie nicht existiert“ (Scholz 1974, 46). Hiermit weist Scholz auf das bereits aufgezeigte Problem des Orthmannschen Ansatzes deutlich hin: Es macht wenig Sinn einen Begriff zu definieren, ohne den Gegenstand, den dieser Begriff kennzeichnen soll, inhaltlich schlüssig und widerspruchsfrei analysiert zu haben.

Auch in der ‚Sprachheilarbeit’ waren noch einige Jahre nach dem 68er Kongress kritische Stellungnahmen zu lesen. So wird 1971 dort festgehalten: „Es sei ein Rückblick auf die Tagung in München gestattet, deren Thematik ... Anlaß zu kritischen Auseinandersetzungen und z.T. fruchtbaren Erörterungen bot. Der Verlauf der damaligen Tagung zeigte im Bemühen um den Begriff wesentlich die Abgrenzung ... während das Sprachheilspezifische als Eigenständiges innerhalb der gesamten Sonderpädagogik kaum erwähnt wurde“ (dgs 1971, 125).

Außerhalb der Sprachheilpädagogik bezieht der Phoniater Gundermann Stellung zur Eigenständigkeitsdiskussion des Faches. Er meldet sich aus der Universitätsklinik in

Greifswald zu Wort und sucht kooperative und verbindende Elemente zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik aufzuzeigen. Er kommentiert den Beitrag von Schulze (vgl. Schulze 1968, 201-207) und merkt an: „In diesen Worten klingt etwas an, ..., ein gespannteres oder zumindest kühleres Verhältnis zwischen Phoniatrie und Logopädie [Gundermann verwendet, wie in der DDR üblich, die Begriffe Logopädie und Sprachheilpädagogik synonym. V.M.]" (Gundermann 1968, 241) und möchte vermeiden, dass „... das abgekühlte Verhältnis zu einem völligen Bruch kommt", den er bedenklich nah gerückt sieht durch „... die Bestimmung der Eigenständigkeit" (Gundermann 1968, 241). Er formuliert seine ‚Gleichgültigkeit', mit der er bei den Sprachheillehrern die Diskussion betrachtet habe, „... ob sie sich als Therapeuten oder Pädagogen bezeichneten" (Gundermann 1968, 242) und provoziert damit eine heftige Replik von Orthmann (vgl. Orthmann 1969b, 2). Er sieht die Sprachheilpädagogik als einen „... abgegrenzten Teil der allgemeinen Heilpädagogik an" (Gundermann 1968, 242) und weist darauf hin, dass eine „... enge fachbezogene Betrachtungsweise beim raschen Fortschreiten der wissenschaftlichen Aufgabenstellungen nicht nur Isolation, sondern auch Stagnation bedeuten [würde]" (Gundermann 1968, 242). Er fügt beinahe leidenschaftlich hinzu, dass angesichts der Wissenszuwächse und Vernetzungen mit den Nachbardisziplinen „... nicht die Bestimmung der Eigenständigkeit, sondern die Hervorhebung der Gemeinsamkeit" das eigentliche Ziel sein müsse.

Es wirkt aus heutiger Sicht wohltuend, wie ein Blick von Außen nach Innen Wege anders gehbar erscheinen lässt, als es die in die Eigenständigkeitsdebatte Involvierten wohl sehen konnten, und die von Gundermann gewählte Metapher trägt dem Rechnung: „Wir kommen in Gefahr, den Wald vor lauter Bäumen nicht zu sehen, wenn wir nur unter fachegoistischem Aspekt Wissenschaftstheorie betreiben" (Gundermann 1968, 243).

So wohlmeinend und dennoch klar unterschieden von der sprachheilpädagogischen Sicht auf die Dinge wie Gundermann seine Position formulierte, wirkt es bedauerlich, dass besonders sein noch vom heutigen Standpunkt aus bedeutsamer und fachspezifisches Überblickswissen dokumentierender Hinweis darauf, „... daß die medizinische Psychologie aufgedeckt hat, wie tief und weit Lernvorgänge in alle Verhaltensweisen des Menschen hineinwirken – welch wichtige Rolle sie auch bei der Entstehung von Krankheiten, besonders bei denen funktioneller Art, spielen können“ (Gundermann 1968, 244) in den Reihen der Sprachheilpädagogen weitgehend ungehört verhallte.

Hier wäre der Diskussionsboden für die Suche nach Gemeinsamkeiten in der Zielstellung, innerhalb eines nach je unterschiedlichen Fachlichkeiten organisierten Arbeitsfeldes zu finden gewesen. Die Bedeutsamkeit der Sprachheilpädagogik unter dem Fokus der Psychoimmunobiologie, wie es Gundermann andeutet, wäre ein auch heute noch höchst lohnendes Betätigungsfeld bei der Suche nach einer Eigenständigkeit oder nach dem Selbstverständnis des Faches.

*Die Eigenständigkeitsdebatte hat innerhalb der Sprachheilpädagogik und in ihrem Umfeld für Unruhe, Irritation und für ein verändertes Bewusstsein über ihre gegenwärtige und zukünftige Form und über den sprachheilpädagogischen Inhalt gesorgt. Waren die Wirkungen dieser Diskussion auch kaum objektivierbar, so bedeutete sie dennoch eine eindeutige Prioritätensetzung zu Gunsten einer Sprachheil**schul**sonderpädagogik.*
Die Reaktionen auf Orthmanns Thesen waren ambivalent und sein Versuch einer neuen Begriffsdefinition muss als weitgehend gescheitert angesehen werden. Die grundsätzliche Positionierung und Verortung der Sprachheilpädagogik innerhalb des schulischen Systems und eben nicht im ambulanten, klinisch–therapeutisch fürsorgerischen System bedeutete jedoch eine grundlegende paradigmatische Entscheidung, die die Zukunft des Faches nachhaltig geprägt hat. Orthmann hat die ihm bedeutsam erscheinenden Inhalte nicht sämtlich durchsetzen können, die von ihm weiter in das Zentrum des Faches getragene ‚pädagogische Atmosphäre' hatte und hat hingegen bis zum heutigen Tage Bestand.

Abgeschlossen werden soll diese Betrachtung der 68er Zeit im Erleben der Sprachheilpädagogik mit einer Bemerkung von Homburg: „Der beklagte Mangel einer fehlenden Konsistenz des Theoriensystems wurde auch von anderen Kollegen so empfunden. Es hat verschiedene Ansätze gegeben, diesen Mangel zu überwinden. Einer ist mit dem Namen Orthmann verbunden. Sein Versuch einer Grundlegung *über die Anthropologie hat aber keine nachhaltigen Effekte hinterlassen. Nach dem Kongreß in München gab es zwischen Orthmann und Schultheis noch eine kurze Debatte, danach wurde dieser Gedanke nicht weiter verfolgt" (Homburg 1999, 5).*

6.2.2 Aspekte zum Dualismus von Therapie und Unterricht

Ist Unterricht in der Sprachheilschule ständige Therapie, findet dort ‚therapieimmanenter' Unterricht statt, ist Therapie ein neben dem Unterricht stattfindendes additives Geschehen? Findet Therapie zwar außerhalb des Unterrichts aber innerhalb der Sprachheilschule statt und ist nur in der Schule der geeignete Raum für eine den ganzen Menschen betrachtende umerziehende Sprachheilpädagogik, die neben der Vermittlung schulpraktischen Wissens der Wesensbesonderheit sprachbehinderter Schüler besondere pädagogische, erzieherische, Aufmerksamkeit zumisst? Die Diskussion um dieses, vielleicht **das** zentrale Thema der Sprachheilpädagogik überhaupt, begleitet und prägt das Fach von seinen Anfängen (vgl. Gutzmann, H. 1912, Rothe 1929) bis zur Gegenwart (vgl. Borbonus 1999, Dannenbauer 1998a). Es kann jedoch nicht die Aufgabe dieser Arbeit sein, Implikate und Folgerungen der unterschiedlichen Vorstellungen und jeweiligen Begründungen zu Grenzen und Möglichkeiten therapeutischen Geschehens und spezifisch sprachtherapeutischer Interventionen im Rahmen einer Sprachheilschule umfassend darzustellen oder interpretative Folgerungen zu ziehen. Zu komplex, man mag sagen zu ‚vermint' ist das Diskussionsfeld, werden doch mit und durch die Positionierung in diesem Fragenkomplex sehr grundsätzliche Auffassungen zu den Aufgaben und den Grenzen der Sprachheilschule verbunden.

Die Aufgabe, Unterricht und Therapie miteinander zu verbinden, ist eine überaus schwierige. Diese Ansicht vereint die Befürworter einer sprachtherapieimmanenten Sicht des unterrichtlichen Geschehens in der Sonderschule für Sprachbehinderte und deren Gegner, die Möglichkeiten spezifischer Sprachförderung in einem Klassenverbund kritisch beurteilen. Hansen gibt im Hinblick auf den Anspruch, Therapie und Unterricht integrieren zu wollen, seiner Schrift im Jahre 1929 den Titel „Die Proble-

matik der Sprachheilschule“ (vgl. Hansen 1929) und spricht hierbei vom „Joch der doppelten Aufgabe“. Dannenbauer betitelt einen Fachartikel aus dem Jahre 1998 „Vom Leidensdruck des Ungenügens oder: Wer leistet die sprachtherapeutische Arbeit“ und wirft der Sprachheilpädagogik in der Schule aus Gründen objektiver und subjektiver Überforderung „Ausweichen auf unspezifische Förderkonzepte“ (Dannenbauer 1998a, 50) vor.
Der Diskussionsstand zum „Dualismus von Heilen und Unterrichten“ (vgl. Orthmann 1969 und 1982) soll für den hier untersuchten Zeitraum von 1965 bis 1975, in der gebotenen Kürze vorgestellt werden, um exemplarisch zu dokumentieren, dass in diesen Jahren bereits Fragen im Mittelpunkt des Interesses standen, die bis heute virulent sind.

Die Unzufriedenheit mit den therapeutischen Erfolgen und den Möglichkeiten der Heilkurse hatte unter dem Umerziehungsparadigma in den ersten Jahren der Sprachheilpädagogik zu einer zunehmenden Konzentration auf die Sprachheilschule geführt. Die erkennbaren unbefriedigenden Ergebnisse sprachheilschulpädagogischer Arbeit, insbesondere bei der Rehabilitierung des dominanten Störungsbildes innerhalb der Sprachheilarbeit, dem Stottern, provozierten Fragen in die entgegengesetzte Richtung: Ist die Sprachheilschule der geeignete Ort zur Behandlung komplexer Sprachstörungen wie beispielsweise dem Stottern? (vgl. Biesalski in Leites E. 1965, 94). Solange Stottertherapie als reine **Übungs**therapie angesehen wurde und der Unterricht an der Sprachheilschule der Vermittlung von Wissensstoff in **Übungs**form entsprach, solange war eine methodische Kongruenz der sprachheilpädagogischen Dichotomie in Anlehnung an Rothe (‚Jeder Unterricht ist Therapie und jede Therapie ist Unterricht’, 1929) denkbar oder zumindest argumentativ ableitbar. Aber bereits 1958 hatte Lüking, neben anderen darauf hingewiesen: „Hier nun für den doppelten Zweck die rechte Synthese zu finden, muß für den Sprachheillehrer die Forderung an sein therapeutisches Verfahren sein....[*Er weist im Folgenden auf den Unterschied zur Gutzmannschen Übungstherapie hin und fährt fort:*] Wir sind nun heute wieder von der reinen Übungstherapie zu der umfassenden didaktischen Therapie gekommen, das heißt, daß die dieser Therapie zugrunde liegenden Gesetze und Regeln auch den Forderungen der Zeit entsprechen“ (Lüking 1958, 68f.). Für die Sprachheillehrer

bedeutete dies einen Verzicht auf relativ starre sprach- und sprechtechnische Übungseinheiten während des Unterrichts unter den Rahmenbedingungen einer Schule. Die Schule will individualisierte Therapie leisten, aber deren Möglichkeiten schließt dieses häufig aus, wie nochmals Lüking verdeutlicht, wenn er darlegt: „Weiter kann in der Sprachheilschule nur in geringem Umfang Einzeltherapie getrieben werden, mehr oder weniger ist man auf die Gruppen- und meist auf die Klassentherapie angewiesen“ (Lüking 1958, 69). Ein Dilemma für das Therapie- und damit das Selbstverständnis der Sprachheillehrer trat damit offen zu Tage, welches infolge eines innerhalb vergangener (Forschungs-)Jahre gewachsenen Komplexitätsverständnisses beispielsweise der Sprachstörung Stottern, trotz aller Differenzen der unterschiedlichen Genese- und Behandlungstheorien zumindest in einem Punkt konsensuelle Teilmenge war (und ist): Stottern ist ein komplexes, nicht-monokausales Geschehen, welches den ausschließlichen Einsatz einer reinen Übungstherapie verbietet. Interindividuelle Spezifitäten bei der Behandlung dieser Sprachstörung sind zwingend zu berücksichtigen.
Auf dieses Identitätsproblem der Sprachheilpädagogik, weist beispielsweise Staps 1961 hin. Ein schon von Rothe aufgestelltes, zentrales und identitätsstiftendes Paradigma, Therapie sei für alle Schüler mit ihren je individuellen Sprachstörungen im Unterricht immanent möglich (vgl. Rothe 1929), wird von Staps in Frage gestellt, indem er seine Ausführungen in der ‚Sprachheilarbeit' mit dem Titel „Probleme und Grenzen der Sprachkrankenschule in der Stotterbehandlung“ (vgl. Staps 1961, 97ff) mit dem Hinweis verband, dass eine Umorganisation der Sprachheilschule überfällig sei, weil „... die Voraussetzung der bisherigen Arbeit in der Sprachheilschule, daß aller Unterricht Therapie ist, und die Heilung des Stotterns durch Sprachübungsbehandlung erreicht werden kann, sich als trügerisch erwiesen hat“ (Staps 1961, 98).

Dass die Phoniater, ohne die argumentative Differenziertheit wie Staps sie vorträgt zu beachten, ebenfalls der Auffassung sind, stotternde Schüler gehörten nicht in die Sprachheilschule, verdeutlicht Biesalski: „Stotterer sollten möglichst überhaupt nicht in Sonderschulen oder Sonderklassen aufgenommen werden, weil Schüler mit mäßigen Symptomen zumeist gut ambulant zu beeinflussen sind, Schüler aber mit schweren Störungszeichen besser durch intensive Maßnahmen in Sprachheilheimen“ (Biesalski in Leites, E. 1965, 94). In einer Gegenreaktion auf diese aus sprachheilpädagogischer Sicht unerhörte Bemerkung gibt Leites sämtliche fachspezifischen Ansprüche an den behaupteten Dualismus von Therapie und Unterricht auf, wenn sie entgegnet: „Im übrigen habe ich den Eindruck, daß manche Kritik an der Sprachheilschule aus der Unkenntnis ihrer Arbeitsweise erwachsen ist. Einige Diskussionsredner scheinen anzunehmen, daß die Therapie hier im Unterricht und durch den Unterricht stattfindet. Sie scheinen nicht ausreichend darüber informiert zu sein, daß für die gezielte Therapie der einzelnen Sprachstörungen Stunden außerhalb des Unterrichts eingesetzt sind, in denen die Kinder einzeln – nach gründlicher Diagnosestellung – ihrem individuellen Leiden entsprechend behandelt werden“ (Leites E. 1965, 95).

Ja, was denn nun, so mag man fragen, gibt es den erfolgreichen Versuch Therapie und Unterricht in der Sprachheilschule zu integrieren oder ist es geradezu ein Qualitätskriterium der Sprachheilschule, dass es den therapieimmanenten Unterricht nicht gibt?

Die veränderte, den Fortschritten des Wissens um das Wesen einzelner Sprachstörungen angepasste Betrachtung von Sprachbehinderungen beeinflusste nachhaltig die Grundlagen von denen her die Sprachheilschule ihre Aufgabenbeschreibung ableitete. So stellt Schneider fest: „Wohl ist jeder Unterricht in der Sprachheilschule auf therapeutische Möglichkeiten hin durchdacht und unter solchen Gesichtspunkten aufgebaut ... aber die Therapie geht über solche im Unterricht integrierten therapeutischen Veranstaltungen und Haltungen hinaus“ (Schneider 1969, zit. n. Becker/Braun 2000, 226).

Die Sprachheilpädagogik entwickelte Antworten auf diese Fragen zum Verhältnis von Unterricht und Therapie, obwohl oder weil sie die aufgeworfenen ‚Dualismus-Probleme’ in das bestehende Konzept der Sprachheilschule, ihres dominanten Tätigkeitsfeldes (vgl. Wulff 1955 und Kapitel 4), nur schwer integrieren konnte.

Die auf dem Höhepunkt der Eigenständigkeitsdebatte formulierte Aufgabenstellung der Sprachheilpädagogik, sich dem Wesen des sprachbehinderten Menschen zuzuwenden und nicht allein, der beobachtbaren Form der Sprachstörung, bedeutete de facto die aktive Gegenbewegung zu einer drohenden fachspezifischen Konfliktsituation. Ganzheitliche Erziehungsaspekte in den Mittelpunkt sprachfördernder Maßnahmen zu stellen hieß, der potentiellen Gefahr eines Zuständigkeits- und Kompetenzverlustes begegnen zu können. Fachspezifische Therapie- und Methodenkonzepte um differenzierte therapeutische Aspekte von je different zu betrachtenden Sprachstörungen beachten zu können, mussten dann nicht entwickelt werden, weil dies reduktionistische Symptomtherapie bedeutet hätte. Darauf sollten und konnten sich aus einer sprachheilpädagogischen Sicht die Sprachtherapeuten/ Logopäden konzentrieren.

Die Frage, ob spezifische Sprachstörungen in einem eher unspezifischen, weil gruppen- und klassengebundenem Schulsystem angemessen zu behandeln, zu heilen, zu fördern, zu therapieren, zu integrieren oder zu kompensieren sind, war in der aufgezeigten Dichotomie von Sprachheilpädagogik und Logopädie/Phoniatrie nicht entscheidend. Ebenso wenig, wie die Beantwortung der Frage, ob Sprachstörungen wie beispielsweise Stottern ihrem Wesen nach eher persönlichkeitsfördernde oder (und?) sprach-sprechspezifische Interventions- oder Unterstützungsstrategien seitens der Helfer, gleichgültig ob Lehrer oder Therapeut, bedürfen. Bedeutsam war die seitens der Sprachheilpädagogik nachhaltig vorgenommene Akzentuierung des Erziehungsauftrages gegenüber sprachauffälligen Menschen, hier Schülern, weil dieser Akzent bewirkte, dass eine deutlich unterscheidbare Gewichtung und Beschreibung des Wesens der Sprachheilpädagogik beispielsweise zur Phoniatrie oder Logopädie, aber auch zur Linguistik und Psychologie, vorgenommen werden konnte. In der Dualismus-Diskussion dieser Zeit wird deutlich, dass die ***Bedeutung spezifischer Fachlichkeit****, wie sie Wulff u.a. beispielsweise für die Behandlung von Lippen-, Kiefer- Gaumenspaltlern an der Hamburger Universitätsklinik gefordert und umgesetzt hatte, zu Gunsten eines erziehungswissenschaftlich geprägten Verständnisses der sprachheilpädagogischen Erziehungs-Aufgaben noch weiter relativiert wurde, als dies im Rahmen des Rotheschen Umerziehungsverständnisses bereits erfolgt war.*

Unterstützung für eine komplexe Sicht von (Sprach-) Behinderungen im Gegensatz zu einer technisch-therapeutisch ‚verengten' Betrachtung des Wesens devianter sprachlicher Strukturen erhielt die Sprachheilpädagogik auch von außerhalb. So beschrieb Bärsch 1970 die Aufgaben der Sprachheilpädagogen aus Sicht der Verhaltensgeschädigtenpädagogik und stellte fest: „Der Sprachheilpädagoge darf nicht die Sprachstörung, er muß den Sprachgestörten behandeln. Wer nur die Sprachstörung beachtet, mißachtet die Tatsache, daß jeder Sprachgestörte aus psycho-logischen und aus anthropo-logischen Gründen immer auch ein personal gestörter Mensch ist. ... ihre [der Sprachheilpädagogik] wesentlichen Handlungsschwerpunkte sind Erziehung, Unterricht, Sprachtherapie, personale bzw. soziale Psychotherapie" (Bärsch 1971, 136).
Dies ist eine sehr konsequente Betrachtung jedweder Form sprachlicher Auffälligkeit, die in ihrer Radikalität möglicherweise übersieht, dass die Behandlung einer Sprachstörung durchaus personale Wirkungen bei dem Betroffenen hervorrufen kann, ohne dass ‚der Sprachgestörte anstatt der Sprachstörung' behandelt wurde und ohne dass die Frage beantwortet wäre, wie denn eine Trennung von Störung und Person vorgenommen werden könnte, da die Störung Verhaltens- und Erlebensaspekte der Person und die Person Spezifitäten der Störung determiniert.

Aus einer psychologischen Perspektive wird hingegen überlegt, „...ob man den Status des Sprachheillehrers durch ein Mehr an therapeutischer Substanz erweitert oder ob man die Mittel investieren will, um die Schwergewichte seiner Aufgaben anders verteilen zu können" und kommt zu dem Schluss: „Solange der Sprachheillehrer primär Pädagoge, hauptsächlich im Sinne des Wissensvermittlers bleiben soll, solange man die therapeutische Tätigkeit als eigentlich schulfremd weiterhin den wenigen außerschulischen Institutionen überlässt, so lange wird schwerlich ein Weg gefunden werden, den vielen Familien mit sprachgestörten Kindern sprachheilpsychologisch helfen zu können" (Dannenberg 1971, 176). Diese Kritik zielt mitten ins Zentrum der Dualismus-Diskussion der Sprachheilpädagogik.
Von einer höheren Abstraktionsebene aus betrachtet, kann das Prinzipielle der Diskussion deutlich werden: „Im [sprachtherapeutischen] Unterricht findet eine Verschiebung der Sprache vom Mittel zum Gegenstand statt. Die Regel ist aber hier, daß

man sich der Sprache bedient, und die Ausnahme, daß man sie betrachtet. Von dieser Position aus ist ein Spannungsverhältnis zwischen Therapie und Unterricht logisch" (Holtz 1988, 43).

Die vor allem in den eigenen Reihen aufgeworfene Problematik des Dualismus von Unterricht und Therapie bewirkte einerseits faktisch eine noch stärkere Hinwendung zu einem pädagogisch sozialwissenschaftlich geprägtem Erziehungsverständnis gegenüber sprachbehinderten Menschen und führte auf der anderen Seite zwangsläufig zu einem weiteren Verzicht auf die Hervorhebung und Erarbeitung spezifisch therapeutischer, sprachstörungsabhängiger Kompetenzen durch die Sprachheilpädagogik.

In einer Zusammenschau der Auffassungen zum Dualismus-Problem, wie sie in diesem Zeitraum dargelegt wurden, stellen Becker/Braun unter Verweis auf zahlreiche Autoren fest: „Damit hatte die prinzipienorientierte Didaktik in der Sprachheilschule ihren Höhepunkt erreicht" (Becker/Braun 2000, 227). Knura bemerkt als Kommentar zu Keller (1972): „... daß Therapie im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte kaum getrieben wird oder getrieben werden kann [entbehrt] nicht eines gewissen Wahrheitsgehaltes" (Knura 1973, 12), und Dupuis fasst in seiner Arbeit aus dem Jahre 1983 zusammen: „Der Dualismus von Unterricht und Therapie (Orthmann u.a.) stellt allerdings in der Praxis hohe Anforderungen. Die personellen und materiellen Voraussetzungen [man möchte ergänzen ‚die konzeptionellen Voraussetzungen' V.M.] reichen vielerorts dafür nicht aus" (Dupuis 1983, 282).

6.2.3 Geisteswissenschaftliche Pädagogik, erziehungswissenschaftliche Orientierungen und sprachheilpädagogische Forschung

Den Stellenwert der Sprach**therapie** im Vergleich zur Sprachheil**pädagogik** hatte u.a. Orthmann deutlich als randständig festgelegt und damit auch den Stellenwert der Sprachtherapieforschung markiert (vgl. Orthmann 1965, 60 zum „sprachheilpädagogischen Optimismus“ sowie Kapitel 5.2.4). Die Idee, Evaluations- oder Outcomestudien, Follow-up- oder Effektivitätsstudien, wie empirische Untersuchungen in neuzeitlicher Terminologie genannt werden, im Bereich der Sprachheilpädagogik oder Logopädie durchzuführen, entsprang nicht der Mehrheitsmeinung des Faches. Dennoch hatte schon 1957 Lüking zu viel Theorielastigkeit beklagt und seiner Arbeit über ‚Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung’ die folgenden Sätze vorangestellt: „Ob das Stottern als eine Krankheit an sich oder aber als Symptom einer Krankheit anzusehen und zu bewerten ist, bildet seit etwa vier Jahrzehnten d a s Problem um dieses Leiden. Bei all diesem Ringen um weitere Erkenntnisse … ist der Blick für das eigentlich Symptomatische des Stotterleidens weitgehend verlorengegangen. Und schließlich geht es doch dem Kranken und dem Therapeuten darum, dieses Symptom, das Stottern, abgebaut zu wissen ... und doch soll die Frage aufgeworfen werden, ob man nicht versuchen könnte, auch gleichzeitig von der anderen Seite, von der Symptomatik her, die Lösung der Probleme voranzutreiben“ (Lüking 1957, 1). Um noch einmal moderne Begriffe auf ein altes Problem anzuwenden: Lüking schlägt mit dem von ihm vorgestellten und späteren Generationen von Sprachheilpädagogen wohl vertrauten ‚B-Streifen’ ein Qualitätssicherungskonzept vor, wie es Donabedian (1966) etwa 10 Jahre später für den medizinischen Bereich entwickelt: „Ihm [dem Lehrer] ... soll die Möglichkeit geboten werden, für die Gewinnung des jeweiligen Krankheitsbildes nach einer bestimmten Richtschnur vorzugehen [Strukturqualität] ... In gewissen Zeitabständen zu wiederholende Überprüfungen der Schüler werden das Bild immer mehr vervollständigen [Prozessqualität] und den Nachweis für die mehr oder minder erfolgreichen therapeutischen Bemühungen erbringen und festhalten [Ergebnisqualität]“ (Lüking 1957, 2). Die inhaltlichen Aspekte seines Konzeptes sollten an diese Stelle nicht betrachtet werden, wohl aber seine formalen Versuche, sprachtherapeutisches Handeln und dessen Wirkungen objektiver zu betrachten.

Auch Schulze hatte bereits 1960 gefordert: „Der Sprachheilpädagoge muß ... an der Fachpädagogik des sprachgestörten Kindes im besonderen durch eigene Forschungsarbeiten unter Anwendung strenger erfahrungswissenschaftlicher Methoden teilnehmen“ (Schulze 1960, 253). Die Überprüfung der Ergebnisqualität nennt er ‚Bewäh-

rungskontrolle' (vgl. Schulze 1960, 253), die er auf das Dualismus-Problem angewendet wissen will: „Man müßte u.a. endlich einmal feststellen, was hinter dem Satz ‚Jede Therapie ist Unterricht und jeder Unterricht ist Therapie' nun wirklich praktisch steht und wie solche Therapie durch Unterricht im einzelnen aussieht und vor sich geht" (Schulze 1960, 253).
So klar und pointiert wie Schulze seine Forderungen nach klaren Forschungsmethoden und eindeutigen Evaluationsstudien formuliert, nimmt es auf den ersten Blick Wunder, dass er wenig Gehör gefunden hat. Welche Position steht einer Forderung nach empirischer Forschung gegenüber?

Becker/Braun beschreiben in ihrer ‚Geschichte der Sprachheilpädagogik' unter dem Kapitel \`Wissenschaftsentwicklung\` (Becker/Braun 2000, 263ff) eher aphoristisch einige grundlegende Konzepte. Klar arbeiten sie jedoch heraus, dass Orthmann, als ein Vertreter der ‚Geisteswissenschaftlichen Pädagogik', die Lebensbedeutsamkeit der Sprache für den Einzelnen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen stellt. In dieser Tradition verorten sie ebenfalls Westrich, der als Lehrstuhlinhaber für Sprachbehindertenpädagogik in Mainz die siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts paradigmatisch mitgeprägt hat. Dessen Terminus von der ‚Sprachlichkeit des Menschen' als „... zentraler Kategorie des sprachheilpädagogischen Denkens und Handelns" (Becker/Braun 2000, 265) erachten sie als ‚tiefsinnig' und phänomenologisch bedeutsam, „... um das Wesen der gestörten Sprachlichkeit verstehen zu können" (Becker/Braun 2000, 265). Dadurch grenze sich Westrich deutlich von einem empirischen Zugang zu sprachlichen Störungen ab. Westrich versagte erfahrungswissenschaftlichen Versuchen der Erfassung und Beschreibung von Sprachstörungen und den Wegen ihrer Behandlung nicht nur die Unterstützung, sondern er „... **warnte** [Hervorhebung V.M.] vor der objektivierenden Betrachtung der Sprache, die die sprachrealisierende Person ignoriert und gravierende Fakten des Subjektbereiches unterschlägt" (Becker/Braun 2000, 265). Die kritische Position, die Orthmann zu empirischen Forschungswegen eingenommen hatte, wurde bereits aufgezeigt (vgl. 1965, 66 ff), die Auffassungen Westrichs, einige Jahre später, sind durchaus vergleichbar. Einem Ansatz wie ihn Lüking (1958) vorschlägt, neben der Grundsätzlichkeit der Betrachtung auch symptomorientierte Methodologien bei der Behandlung z.B. des Stotterns einzusetzen bzw. ihre Effektivität zu überprüfen, hält Westrich entgegen: „Die Stotterbehandlung wurde so zu einer Kunst der Methodenwahl und Methodengeschicklichkeit ... Nicht das Bedingungsgefüge des Stotterns, sondern die Frage nach Behandlungstechniken interessierte“ (Westrich 1975, 23). Sein Credo lautet dagegen: „Wenn die Sprachheilpädagogik einmal in jeder sprachlichen Auffälligkeit eine verhinderte Bildungsmöglichkeit sieht, **die funktionellen Störungen als Auswirkungen unzulänglich oder falsch erlernter Bildungsprozesse begreift** [Hervorhebung V.M.] und zu deren Therapie störungsadäquat nach sonderpädagogischen Maßnahmen greift, dann hat sie sich erst wirklich als eigenständige Wissenschaft, als Sprach- Heilpädagogik begriffen und verstanden “ (Westrich 1975, 30). Ein Verständnis des Gegenstandes des Faches Sprachheilpädagogik, welches empirische Therapieforschung prinzipiell als obsolet betrachten muss.

Die Argumentation Westrichs hängt in einem sensiblen Punkt allerdings an einem Strick, der sie zu Fall bringen kann. Die Symptomorientierung wird als Manko beklagt – „... man übersah dabei, daß Symptome nur Anzeichen für etwas sind, dessen Bedingungen man noch nicht kennt“ (Westrich 1975, 23). Eine grundlegende, Ursachen orientierte Vorgehensweise wird statt dessen gefordert – „Ohne Transparenz der Ursache-Folge-Zusammenhänge sind alle therapeutischen Bemühungen nur blind-tastende Versuche zu einer Hilfestellung ... aber keine gezielte und störungsadäquate Therapie“ (Westrich 1975, 23). Die Befriedigung des **Erkenntnisinteresses durch Grundlagenforschung** wäre die sachlogische Konsequenz und dies erkennt auch Westrich. Die Basisdaten der Therapie, die Transparenz der Ursache-Folge-Zusammenhänge, liefert im Verständnis Westrichs jedoch nicht die Sprachheilpädagogik, sondern die Medizin und die Psychologie: „Weil die Sprache auf organischen und psychischen Bedingungen aufbaut, bedarf die Sprachheilpädagogik zum **Verständnis** [Hervorhebung V.M.] der sprachlichen Auffälligkeiten ... der Diagnosen von Medizin und Psychologie“ (Westrich 1975, 23). Wie versteht der Sprachheilpädagoge im Verständnis Westrichs aber einen Gegenstand, den er grundlegend nicht verstehen kann, da ihm zum Verständnis die diagnostischen Potentiale von Psychologie und Medizin fehlen?

Westrich löst diesen argumentativen Knoten, indem er neben der Psychologie und der Medizin eine weitere analytische Größe zum Verständnis von Sprachstörungen einführt: die Sprachheilpädagogik. Deren Aufgabe bestehe nun darin, so stellt er fest, „... die gelieferten Diagnosebefunde je nach Störungsbild fachspezifisch auf ihre pädagogische Relevanz zu überprüfen, wenn sie nicht einseitig und nur einer Disziplin verhaftet Sprachtherapie betreiben will“ (Westrich 1975, 23). Zurück zum Ausgangsproblem: Westrich wirft der Sprachheilpädagogik vergangener und aktueller Provenienz bloße Symptomorientierung vor. Dagegen entwirft er ein gedankliches Konstrukt, in dem er der Medizin und Psychologie die Ursachenanalyse von Sprachstörungen zugesteht. Die von diesen Disziplinen dann vorgelegten und erklärten Ergebnisse müssen für den anwendungsorientierten Sprachheilpädagogen jedoch ebenfalls bloße Symptome bleiben, weil er die Transparenz über die Ursache-Folge-Zusammenhänge als Folge fehlenden Grundlagenwissens gar nicht besitzen kann. Dies ist eine zirkuläre Argumentation.

Westrich erfährt in der sich anschließenden Diskussion erhebliche Kritik auf seine vertretenen Thesen, sowohl von den Logopäden („Noch einmal möchte ich auf die Fehleinschätzung der Logopäden als rein klinisch orientierte Sprechtechniker hinweisen“ Bader 1975, 32), als auch durch Sprachheilpädagogen („Ich wollte Sie auch fragen, ob Sie mit Ihrer Ursachen-Theorie nicht auch einer gewissen Einseitigkeit verfallen sind, die Sie ja der Medizin so stark zum Vorwurf machen“ Leites 1975, 32). All seinen Kritikern hält er jedoch entgegen: „Versuchen Sie es doch einmal mit der Umerziehung des Stotterers“ (Westrich 1975, 33).

Gegen ein wertepädagogisches Gedankengut, wie es Orthmann, Westrich u.a. vertraten, konnte ein aus einer ebenfalls zutiefst pädagogischen Grundhaltung hervorgegangener Appell von Schulze wenig ausrichten: „Wir sollten erwägen, ob wir nicht in unseren Methoden ... von Erwartungen ausgehen, die auf ‚Verallgemeinerung von Zufallsergebnissen’ oder auf die ungeprüfte Übernahme von Meinungen und ‚eingefahrenen’ traditionellen Verhaltens-, Erziehungs- und Behandlungsweisen bestehen, die nicht darum richtig zu sein brauchen, weil sie lange genug in Gebrauch sind" (Schulze 1960, 253 f.).

Der rote Faden der dominanten sprachheilpädagogischen Positionen und Paradigmen, der sämtliche Einzelaspekte durchzieht, besteht in der deutlichen Ablehnung funktioneller, übungstherapeutischer und symptomorientierter Betrachtungen gestörter Sprache. Die Grundsätzlichkeit der Bildungs- und Erziehungsaufgaben und damit deren Vorrang gegenüber ‚logopädischen' Techniken einte die Sprachheilpädagogen auch über durchaus vorhandene Differenzen hinweg. Diese negative Integration der Sprachheilpädagogen gegen den vermeintlichen Gegner (eine medizinisch-funktionalistisch begründete Zugangsweise zu Sprachstörungen wie sie beispielhaft große Teile der Phoniatrie und der von ihr ausgebildeten Logopäden vertraten), verhinderte jedoch weitgehend eine differenziertere Betrachtung und mündete nicht in eine Sowohl-als-auch-Position, die sich dem Erziehungsauftrag widmen konnte, ohne dabei Methoden der spezifischen sprachtherapeutischen Förderung nahezu gänzlich aus dem Auge zu verlieren. Dem Paradigma der erziehungswissenschaftlich begründeten Sprachförderung folgt daher die sprachheilpädagogische Forschung, die in großen Teilen empirische, methodenorientierte Effektivitätsstudien ablehnt. In Betrachtung dieser Situation kommt Knura 1977 zu dem Ergebnis: „So möchte ich im Hinblick auf unsere Belange ganz hart formulieren: an den sonderpädagogischen Studienstätten hat systematische Forschung noch gar nicht richtig stattgefunden" (Knura 1977, 13).
Das Primat der Pädagogik im zu dieser Zeit von maßgebenden Fachvertretern verstandenen Sinne verhinderte Grundlagenforschung und Therapieforschung gleichermaßen, so dass Knura schlussfolgernd feststellen musste: „Sie [die Sprachbehindertenpädagogik] steckt noch immer in Anfangsschwierigkeiten und betreibt Grundlagenforschung weitgehend unter personell und materiell kümmerlichen Bedingungen" (Knura 1977, 13).

Eine andere Bewertung der vorhandenen Forschungslage in jener Zeit nehmen Braun/Macha-Krau vor. Für sie lehnt sich die Sprachheilpädagogik „... stark an die empirische Psychologie an, indem sie ihre Konstrukte und Methoden mehr oder weniger übernimmt“ (Braun/Macha-Krau 2000, 64). Sie stellen „empirische Untersuchungen dar, die nach 1960 in größerem Umfang angestellt werden“ und resümieren, dass diese „im Wesentlichen zwei Vergleichsrichtungen einschlagen“, nämlich sprachbehinderte Kinder mit nicht-sprachbehinderten Kindern zu vergleichen und zum anderen „verschiedene Untergruppen von Sprachbehinderten ... untereinander [zu] vergleichen“ (Braun/Macha-Krau 2000, 64). Ein entscheidender Unterschied im Betrachtungswinkel von Braun/Macha-Krau und Knura wird hiermit deutlich: Während das Autorenpaar zu Recht auf die Existenz vergleichender Studien zur Situation Sprachbehinderter verweist und damit die Bedeutung dieser Untersuchungen für eine sozialwissenschaftliche Orientierung der Sprachheilpädagogik im Zusammenhang mit einer Diskussion um Chancengleichheit und Integration Behinderter hervorhebt, legt Knura ihr Hauptaugenmerk auf die Fachlichkeit der Sprachheilpädagogik und die hier fehlenden Untersuchungen und Nachweise über die Effizienz spezifischer Therapie- oder Förderkonzepte in der Rehabilitation Sprachbehinderter.

Es wird nicht verkannt, dass seit den 70er Jahren (des vergangenen Jahrhunderts) innerhalb der Sprachheilpädagogik eine spürbare Wende zu mehr Forschung und zu mehr Spezifität einsetzt. Insbesondere die Namen Knura und Scholz, aber auch Braun oder Homburg stehen für eine solche Neuorientierung. Die Auswertung der veröffentlichten sprachheilpädagogischen Literatur bis zum Jahre 1975 sowie die dokumentierten Diskussionen in der Fachzeitschrift und auf den Kongressen spiegeln diese Veränderungen allerdings kaum wider. Für den untersuchten Zeitraum bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass die einflussstarke Geisteswissenschaftliche Pädagogik, um erziehungswissenschaftliche Aspekte ergänzt, sprachheilpädagogische (Therapie-) Forschung aus grundsätzlichen Überlegungen heraus nicht unterstützte. Die Sprachbehindertenpädagogik konzentriert sich auf die Pädagogik und nicht auf die Sprache der Sprachbehinderten.

6.2.4 Sprachheilpädagogik, Logopädie und eine sich verändernde Betrachtung von Sprachstörungen

Die Konstanten und die Veränderungen, die sich in der paradigmatischen Betrachtung von Sprachstörungen, ihren Ursachen und Folgen aus Sicht der Sprachheilpädagogik abzeichneten, wurden für den untersuchten Zeitraum bereits ausführlich dargestellt. Aber auch in der Logopädie, die durch die Sprachheilpädagogik noch häufig gering geschätzt und deren Behandlungskonzepte als „... weitgehend unreflektierte logopädische Behandlungstechniken“ (Westrich 1975, 24) abqualifiziert wurden, waren grundlegende Neuorientierungen zu erkennen. Das ‚sprachtechnische' Etikett blieb den Logopäden zwar auch in den 70er Jahren angeheftet und rückschauend bemerkt Breuer, lange Jahre Vorsitzende des Logopädenverbandes: „Damals [Anfang der 70er Jahre] ging es zunächst darum ... unsere Identität als nichtärztlicher Heilberuf erst einmal zu finden ..., denn zu jener Zeit wurde das Wort ‚Logopädie' eher mit orthopädischem Handwerk als mit Stimm- und Sprachtherapie verbunden“ (Breuer 1994, 91). Aber Braun/Macha-Krau ist zuzustimmen, wenn sie festhalten: „Die logopädische Theoriebildung bleibt für Jahrzehnte an die Disziplinen Medizin und Pädagogik gebunden. Ebenfalls bleibt die Phonetische Übungstherapie <u>die</u> therapeutische Intervention. [Aber:] Grundlegende Veränderungen sind in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts festzustellen“ (Braun/Macha-Krau 2000, 69). Sie erwähnen die Verwertung fortschreitender Kenntnisse aus der Medizin, der Sprachwissenschaft, der Pädagogik und der Psychologie und resümieren: „[Dadurch] wird die Logopädie um wesentliche theoretische und praktische Ansätze erweitert“ (Braun/Macha-Krau 2000, 69). Die Erweiterung der Basis logopädischen Handelns erfolgt jedoch nicht in der Folge grundlegender theoretischer, mit einer möglicherweise ebenfalls auf ‚Eigenständigkeit' ausgerichteten Perspektive. Die grundsätzliche Nachrangigkeit logopädischen Tuns zu medizinische Diagnostik bleibt unbestritten und unhinterfragt. Die Logopädie erweiterte vielmehr das praktische Spektrum der Tätigkeit. Sie entwickelte hingegen nicht die Initiative zu mehr Selbständigkeit – ein solches Ziel wurde erst später verfolgt. Die lange und streitige Diskussion um die Verabschiedung des Logopädengesetzes im Jahre 1980 dokumentiert dieses.

Der erste Entwurf des Logopädengesetzes wurde im Juli 1975 durch die Fraktion der CDU/CSU in den Deutschen Bundestag eingebracht (Deutscher Bundestag 1975, 7/3852). Das Verständnis und Selbstverständnis des Berufes des Logopäden, wie es zu dieser Zeit bestand, prägte natürlicherweise den Inhalt dieses Gesetzentwurfes. Fünf Jahre später dokumentiert das Protokoll des Deutschen Bundestages durchaus andere Betrachtungen, diese waren allerdings nicht mehrheitsfähig. Gerrlich führt dazu aus: „In den folgenden Anhörungen und Beratungen [nach der Einbringung des Gesetzentwurfes 1975] ist insbesondere die Frage problematisiert worden, ob es überhaupt notwendig und zweckmäßig ist, eine bundesweite Regelung zu treffen und auf welchem Zugangs- und Ausbildungsniveau das zukünftige Gesetz abzielen soll" (Gerrlich 2000, 313). (Statt der Mittleren Reife oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung mit Hauptschulabschluss als Zugangsvoraussetzung und einer Ausbildung auf Fachschulniveau, sollte auf Wunsch der Logopäden das Abitur als Voraussetzung und eine Fachhochschulausbildung für den Beruf qualifizieren.) Er zitiert im Folgenden den FDP-Bundestagsabgeordneten Engelhard, der dem am 24. Januar 1980 im Plenum abschließend beratenen Gesetz nicht zugestimmt hatte und dies folgendermaßen begründete: „Meine Bedenken richten sich gegen den § 4 Abs. 2 des Entwurfs, der die Voraussetzungen für den Zugang zum Beruf des Logopäden regelt. ... Logopäden sind ja nicht bloße Vokal- und Konsonantentechniker, sondern sie haben es mit Behinderten zu tun ... Damit wird der Logopäde nicht nur zu einem Helfer in seinem engeren Fachbereich, sondern auch zu einer Person, die des besonderen Vertrauens des Kranken und Behinderten sicher sein muß" (Engelhard zit. n. Gerrlich 2000, 313f.).

Die Politik, nicht die involvierten Experten der Sprachheilpädagogik oder Phoniatrie, erkennt und benennt eine Problematik der Diskussion um vermeintlich bessere (ganzheitlich-pädagogisch ausgerichtete) und schlechtere (übungstechnisch-logopädisch ausgerichtete) Therapie: Das Gegenüber im sprachfördernden Setting ist der sprachauffällige Mensch, nicht eine abstrakte sprachliche Störung mechanistisch ablaufender sprachlicher Prozesse. Diesen Menschen gilt es mit Hilfe eines anderen Menschen sprachlich zu habilitieren oder zu rehabilitieren. Aber auch der andere

Mensch, der Therapeut, Logopäde, Arzt, Pädagoge, benötigt basale Kompetenzen, muss zu seiner Tätigkeit habilitiert werden. So grundsätzlich aber wie die Diskussion zwischen Sprachheilpädagogik und Logopädie geführt wurde, so grundsätzlich führte sie in die falsche Richtung, weil sie vor lauter Polarität die notwendigen Kompromiss- und Überschneidungsmengen zwischen Sprachheilpädagogik und Logopädie nicht mehr sah. Auch nicht mehr sah, dass selbst der ‚Sprechtechniker Logopäde' zuallererst das kommunikative Gegenüber eines kommunikationseingeschränkten Menschen darstellt; die Techniken seiner – möglicherweise mechanistisch reduzierten – Interaktion folgen erst als zweiter Schritt.

Polarisierend entwickelte sich die Diskussion zwischen Sprachheilpädagogik und Logopädie sehr bald nach Gründung der ersten Logopädenlehranstalten. So stellt zum Beispiel Wulff 1966 den neuen Begriff des ‚Fachpädagogen für Sprach- und Stimmgeschädigte' vor. Dieser Terminus war geschaffen worden, um Unterschiede zu markieren. „Der Begriff ‚Fachpädagoge' sollte allgemeingültig werden, um unsere ureigene pädagogische Tätigkeit abzugrenzen gegen die der Therapeutinnen, die unter Verantwortung des Mediziners behandeln, also medizinisches Hilfspersonal sind" (Wulff 1967, 123). Die Logopäden zeigten sich kooperativer und um die Darstellung bestehender Gemeinsamkeiten bemüht, wenn beispielsweise Bader sich gegen die Fehleinschätzung von Westrich wehrt, die Logopäden seien bloße Sprachtechniker und fortfährt: „Diese grundlegenden Mißverständnisse möchten wir Logopäden klären und betonen, daß wir mit den Sprachheilpädagogen zusammenarbeiten wollen" (Bader 1975, 32).

Die Sprachheilpädagogik vermied den Kontakt zur Logopädie aus grundsätzlichen, nachgerade ideologischen Gründen. Die Logopädie suchte den Kontakt zur Sprachheilpädagogik aus Gründen der Psychohygiene zunehmend weniger, obwohl nahezu die gesamte erste Generation der Logopädinnen ‚ehemalige' Sprachheilpädagoginnen waren. Eine interaktions- und kommunikationsreduzierte Beziehung zwischen den beiden, im Handlungsfeld Sprachförderung so eng nebeneinanderstehenden Gruppen, war die Folge.

Die Sprachheilpädagogen wollten, wie bereits mehrfach dargestellt, eine Zusammenarbeit mit ‚Sprechwerkzeugbehandlern' nicht. Sprachstörungen wurden entweder als Ausdruck verunglückter Lernprozesse (vgl. Westrich 1977), spezifischer Seinsbesonderungen (Orthmann 1969) oder als Resultat sozialer Deprivationen in der Folge belastender gesamtgesellschaftlicher Strukturen (vgl. Grohnfeldt 1979, Jantzen et al. 1976) betrachtet. Welche Wirkung solch übergeordnete Betrachtungen der Genese sprachlicher Auffälligkeiten auf eine sprachtherapeutischen Pragmatismus der Hilfestellungen täglich praktizierende Logopädie ausgeübt hat, schildert Breuer: „Als die Logopäden gerade mal ein paar Jahre ausgebildet wurden, entfaltete sich Anfang der siebziger Jahre gerade in Berlin eine lebhafte Diskussion um den Krankheitsbegriff und seine gesellschaftspolitischen Zusammenhänge. Therapie, im Sinne von Heilverfahren oder Verbesserung eines krankhaften Zustandes, wurde im Bereich der Kommunikationsstörungen heftigst kritisiert, weil sie den Kommunikationsgestörten als einen Mitmenschen mit Defiziten brandmarken würde und damit kein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Therapeut und Patient bestehe.
Der Therapiebegriff wurde so aufgeweicht und schwammig, daß plötzlich jede Intervention, die auf eine Veränderung, Steuerung oder Verbesserung eines bestimmten Verhaltens abzielte, zur ‚therapeutischen Maßnahme' erklärt wurde, den Handelnden zum Therapeuten und seine Arbeit zu einem ‚therapeutischen Beruf' deklarierte. Logopäden wurden vor allem von Seiten der Sonderpädagogik als Symptombehandler bezichtigt, die es nicht vermögen, die Therapie in ein ganzheitlich, alle psychosozialen Zusammenhänge einbeziehendes Konzept zu binden. Mit Symptombehandlung meinte man, die bloße Wiederherstellung der am Sprechakt beteiligten Funktionen – eine Fehleinschätzung, gegen die sich Logopäden auch heute noch vor manchen Krankenkassen zu wehren haben. ... Logopäden haben sich als qualifizierte Therapeutengruppe durchgesetzt. Diese Entwicklung wäre undenkbar, wenn Logopäden sich je als pure Sprechwerkzeugbehandler begriffen hätten" (Breuer 1994, 92). Dieses ausführliche Zitat beschreibt pointiert und schnörkellos die Situation zwischen beiden Professionen zu jener Zeit.

Verstellte die Orientierung der Sprachheilpädagogik auf die Erziehungsaufgaben und später auf die Einbindung und Bewältigung psychosozialer Aspekte der Sprach-

auffälligkeiten (vgl. Kongress: ‚Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen', dgs 1978) und der damit verbundenen Konzentration auf den Sprachbehinderten und weniger auf die Sprachbehinderung den Blick auf störungsspezifische Problemlagen und die Relativität der Erklärungsmodelle der Sprachheilpädagogik im Angesicht spezifischer Sprachstörungen?
Zur Beantwortung dieser Fragen vermag ein Blick auf die handlungstheoretische Orientierung der Sprachbehindertenpädagogik beitragen.

6.2.4.1 Exkurs: Die Betrachtung von Sprachstörungen aus einer handlungstheoretischen Perspektive

Der hier untersuchte Zeitrahmen soll im Jahre 1975 enden. Ein Ausnahme von dieser bislang konsequent einzuhalten versuchten Gliederungssystematik wird mit einer kurzen kommentierenden Darstellung des Theorieteils der von Homburg erst 1978 vorgelegten Arbeit ‚Die Pädagogik der Sprachbehinderten' gemacht. Dies geschieht aus zwei Gründen: einmal hatte dieses Buch zum Ziel, die Sprachheilpädagogik auf eine neue Grundlage zu stellen und zum anderen war es der bis zu diesem Zeitpunkt analytisch differenzierteste und konsequenteste Versuch, den Gegenstand des Faches aus der Perspektive einer kritischen, handlungsorientierten Pädagogik zu beschreiben und stellt das Resultat von Analysen und Betrachtungen dar, die Anfang der 70er Jahre begannen und etwa in der Mitte des Jahrzehnts abgeschlossen wurden, also als in den Zeitrahmen passende Arbeit angesehen werden darf.

Hoetsch/Holtz hatten den handlungstheoretischen Ansatz von Homburg als nicht konsequent und materialistisch genug angesehen, attestierten ihm aber dennoch, „eine der fundiertesten Publikationen in der Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik vorgelegt zu haben" (Hoetsch/Holtz 1981, 221); Knura äußerte sich kritisch zu „der ideologischen Gebundenheit der von ihm gewählten Denkkategorien", begrüßte jedoch nachhaltig seine „entschiedene Hinwendung zur Kommunikationssituation und sozialen Handlungsfähigkeit Sprachbehinderter und ihrer Bewertung durch die Gesellschaft" (Knura 1982, 7). Grohnfeldt verzichtete auf eine Bewertung und

beschrieb Homburgs Konzept im Vergleich und Unterschied zu den Konzepten von Orthmann oder Braun sowie Werner als „Sprachbehindertenpädagogisches Handeln“ (Grohnfeldt 1984, 11).
Ausschließlich **ein** zentraler Aspekt des von Homburg vertretenen Ansatzes – einer auf (Sprach-) Handlung aufbauenden und politisch ökonomische Rahmenbedingungen als bedeutsam erachtenden Pädagogik der Sprachbehinderten – soll an dieser Stelle betrachtet werden: die von ihm vorgenommene Definition des Gegenstandes seiner Arbeit. Diese Betrachtung soll auf dem Hintergrund der von Breuer (1994) geschilderten ‚Atmosphäre’ zwischen Logopädie und Sprachheilpädagogik erfolgen.

„Die Pädagogik der Sprachbehinderten hat sich bisher von Fremdbestimmungen durch jene Wissenschaften, deren Ergebnisse sie auf ihr Arbeitsfeld überträgt, nicht lösen können und ihre Selbstbestimmung als Pädagogik nicht gefunden“ (Homburg 1978, 4). Auch Homburg will, im Handlungsimpetus durchaus Orthmann [oder später Grohnfeldt (1989) oder Welling (1997)] vergleichbar, eine Pädagogik der Sprachbehinderten vorlegen, und damit die Notwendigkeit der Eigenständigkeit eines pädagogischen Zuganges und Umganges mit Sprachbehinderten darlegen und begründen.
Bereits an dieser frühen Stelle soll das Augenmerk darauf gerichtet werden, dass auch die Arbeit von Homburg mit dem Implikat beginnt, es gäbe eine generalisierbare und identifizierbare Gruppe von Menschen, die Ansammlung **der** Sprachbehinderten. Ein zweites methodisches Problem steht direkt am Anfang: Pädagogik gilt als **der** Zugangs- und Erklärungsweg zum Verständnis ‚der’ Sprachbehinderten und ihren Störungen. Es ist ein völlig legitimes methodisches Vorgehen, den Betrachtungswinkel von Beginn an auf den Gegenstand einzuengen, der untersucht werden soll, hier die Pädagogik der Sprachbehinderten. Jedoch muss deutlich sein, dass auch wirklich dieser Gegenstand (Pädagogik) betrachtet wird und dass dadurch der Sprachbehinderte und nicht die Sprachstörung im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht. Homburg erklärt offensiv, dass er von der Wissenschaftstheorie eines dialektischen Materialismus aus (vgl. Homburg 1978, 11) seine Betrachtungen anstellt, aber konsequenterweise gehört dazu dann die Übernahme des Erkenntnisparadigmas dieser wissenschaftstheoretischen

Auffassung, nämlich Form und Inhalt nicht trennen zu können, da in der sichtbaren Form der generalisierte Inhalt enthalten sei und umgekehrt, Form und Inhalt eben eine dialektische Einheit bilden, die Synthese. Auf den Gegenstand ‚Sprachbehinderte und ihre Störungen' bezogen hieße das: Die Erscheinungsform der Sprachstörung beeinflusst den Inhalt/das Wesen des Trägers dieser Form, den sprachbehinderten Menschen, und umgekehrt. Die Pädagogik der Sprachbehinderten ist einem dialektischen Ansatz folgend nicht ohne die Dialektik der Sprachform (-störung) und der mit dieser vergesellschafteten Inhaltlichkeit denkbar. Anders formuliert: die Orthmannsche Seinsbesonderung des Individuums ist untrennbar mit der Spezifität der jeweiligen Sprachstörung verbunden. Zu untersuchen wäre daher nun, ob Homburg die Betrachtung der Sprachbehinderten **und** deren spezifischen Sprachstörungen zum Gegenstand seiner Arbeit erklärt.
Er meidet den Terminus ‚Sprachstörung', aber er will „Sprachbehinderung unter dem Gesichtspunkt der Sprachhandlung und ihrer Einbettung in Bedingungsgefüge und Lernhierarchien" betrachten (Homburg 1978, 6). Sein Winkel ist also größer, die Handlungsanalyse unter den Bedingungen einer sprachlichen Beeinträchtigung erhält den Vorrang vor der Störungsanalyse. Konsequenterweise erklärt er, die Aufgaben der Sprachbehindertenpädagogik seien a) die humane Menschenführung Sprachbehinderter, b) die Steuerung der Lernprozesse unter den Bedingungen der Sprachbehinderung und c) die „Mithilfe bei der Lösung der sich einstellenden praktischen und theoretischen Probleme" (vgl. Homburg 1978, 10). Die möglicherweise konstituierende Komponente der spezifischen Sprachstörung für den Zugang und die Wirksamkeit des von ihm als zur Umsetzung dieser Aufgaben angemessenes Verfahren angesehenen „strukturellen Integration" (vgl. Homburg 1978, 10) betrachtet und erwähnt er nicht.
Aber, ist es gleichermaßen möglich und nötig, Menschenführung, Lernprozesssteuerung und Problemlösung zu betreiben bei Menschen mit Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten, Aphasien oder Sprechapraxien wie bei solchen mit Stottersymptomen oder Dysgrammatismus?

Die Sprachbehindertenpädagogik, so glaubt Homburg „schafft sich unter Fragestellungen, die sich aus der pädagogischen Arbeit mit Sprachbehinderten ergeben, ihre

Begründung als Wissenschaft“ (Homburg 1978, 20). Hier findet sich eine handlungsorientierte und selbstreferentielle, nicht aber störungsbildabhängige Definition des Faches. Er bestimmt im Fortgang der Argumentation die Strukturen pädagogischer Handlung, die gekennzeichnet seien durch: „ a) das Wesen, die Eigengesetzlichkeit des Sprachbehinderten [und] b) die Eigengesetzlichkeit des Ensembles der gegenwärtig herrschenden Bedingungen, die Lehrende und Lernende beherrschen und die von ihnen beherrscht werden“ (Homburg 1978, 28). Die Eigengesetzlichkeit der einer Sprach**behinderung** zu Grunde liegenden Sprach**störung** erwähnt er nicht.
„Der Gegenstand der Pädagogik der Sprachbehinderten ist [1.] die Frage nach den Beziehungsverhältnissen des Sprachbehinderten, ist [2.] die Frage nach der Gestaltung der Beziehungsverhältnisse des Sprachbehinderten zu seiner materiellen und personellen Umwelt **durch** [Hervorhebung V.M.]den Sprachbehindertenpädagogen, ist [3.] die Frage nach der Struktur und den Inhalten des pädagogischen Prozesses bei Sprachbehinderten“ (Homburg 1978, 28).
Der Gegenstand der Sprachbehindertenpädagogik ist nach seiner Auffassung also nicht die Erforschung und das Verständnis der Sprachstörung selbst. Aber, so sei kritisch gefragt, ist der Gegenstand nur über die Form (Beziehungsverhalten) und nicht über den Inhalt (Sprachstörung) erkennbar und beschreibbar? Oder wenn, in einem anderen Verständnis, die äußere Form die Sprachstörung und der Inhalt das Beziehungsverhalten darstellt, ist dann ein dialektisches Vorgehen angewendet, wenn auf das erkennende Verstehen der Sprachstörung verzichtet wird? Noch nuancierter angemerkt: selbst wenn in keiner Weise dialektisch oder materialistisch auf den Gegenstand Sprachbehinderung und der dadurch Behinderten geschaut wird, ist der Verzicht auf die Betrachtung des konstitutiven Aspekts des Gesamtgeschehens, die spezifische Sprachstörung, der Ausverkauf des Spezifischen, ergo der sprachheilpädagogischen Fachlichkeit und damit ihrer Existenzberechtigung. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass sich der Gegenstand der Betrachtung unter der Distanz der Beobachtung in seiner individuellen Störungsspezifität auflöst und in der Folge einer Übergeneralisierung, die Stottern und Aphasie unter dem gleichen und einenden Aspekt der Beziehung betrachtet, dieser Interaktionsaspekt, Komplexität verschleiernd, dominiert. „...[Es] wird das Subjekt sprachbehinderter Mensch solange

undifferenziert, ganzheitlich, integrativ und interdisziplinär betrachtet ... bis seine Behinderung nivelliert ist“ (Maihack 1996, 1005).
In einem ausführlichen Gespräch mit Prof. Homburg im September 2000 nutzte der Verfasser die Gelegenheit, unter anderem die Gefahr eines Spezifitätsverlustes zu Gunsten einer Sprach-Handlungs-Orientierung zu problematisieren. Homburg sah diesen Problemkreis deutlich, er habe aber aus didaktischen und systematischen Gründen, so seine Erklärung, in seiner Schrift darauf verzichtet, diesen explizit darzustellen. Implizit sei ihm die Notwendigkeit, quasi vor lauter Pädagogik die Fachlichkeit nicht zu vergessen, präsent gewesen und er habe die Spezifität der sprachheilpädagogischen Kompetenz stets mitgedacht.

Dennoch, zurückversetzt in die Zeit des Entstehens dieser ‚Pädagogik der Sprachbehinderten’, und Homburgs Position aus den 70er Jahren zu Ende gedacht, scheint man der Anmerkung der Logopädin Breuer Recht geben zu können, wenn sie ausführt: „Der Therapiebegriff wurde so aufgeweicht und schwammig, daß plötzlich jede Intervention ... zur therapeutischen Maßnahme erklärt wurde“ (Breuer 1994, 92).

Neuere Vorstellungen über die Aufgaben der Sprachbehindertenpädagogik (dieser Begriff wird nun für die nächsten Jahre in diesem Fach dominieren) emanzipieren den Behindertenbegriff von seinem Heilsimpetus und entschleiern manchen Mythos der bislang vorherrschenden Geisteswissenschaftlichen Pädagogik, in dem sie Kategorien der gesellschaftlichen Zusammenhänge oder psychosozialer Bedingungsgefüge für das Entstehen von Sprachstörungen zusätzlich einführen. Die distanzierte Betrachtung der Logopädie und die prinzipielle Zurückhaltung gegenüber sprachtherapeutischen anstelle von sprachbehindertenpädagogischen Maßnahmen bleibt aber auch unter einer ‚fortschrittlicheren’ Gesinnung, bestehen. Dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld wurde auch von dieser neuen erziehungswissenschaftlichen Grundlegung der Sprachbehindertenpädagogik wenig Aufmerksamkeit zuteil und die Logopäden behielten den (sozialen) Status der ‚Sprechhandwerker’.

6.2.4.2 Sprachtherapeutische Aufgaben aus Sicht zweier Neurologen und eines Orthopädagogen

Das Handlungsfeld Sprachstörungen wurde von verschiedenen Seiten, teils sehr grundsätzlich und unterschiedlich betrachtet und Aufgabenbeschreibungen von und für Sprachheilpädagogen gaben nicht nur diese selbst. Im Jahre 1966 fand in Köln der Kongress der ‚Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland' zu einem Themenkomplex statt, der bis zu diesem Zeitpunkt, aber auch danach, der Sprachheilpädagogik eher randständig zugeordnet war: den zentralen erworbenen Sprachstörungen. Der Titel des Kongresses lautete ‚Sprachheilpädagogische und hirnpathologische Probleme bei der Rehabilitation von Hirn- und Sprachgeschädigten' und wurde gemeinsam mit der ‚Arbeitgemeinschaft für Hirntraumafragen und klinische Hirnpathologie' ausgerichtet.

Auf dieser Tagung stellte Grewel vom orthopädagogischen Institut der Universität Amsterdam anhand von vier Punkten vor, wie er Sprachheilpädagogik verstehe: „Erstens ... man behandelt nicht eine Störung der Sprache oder des Sprechens sondern einen Menschen, der daran leidet. ... Zweitens [bedeutet] die Differenzierung zwischen Sprechen und Sprache ..., daß die logopädische Behandlung dieser beiden ganz verschiedenen Störungen völlig verschiedene Ausgangspunkte und Techniken erfordert. ... Drittens ... muß ein Hirnpatient sich mit einer instrumentellen Mangelerscheinung abfinden ... und Viertens muß ich noch auf Schwierigkeiten in Grenzgebieten hinweisen" (Grewel 1967, 15). Deutlich wird ein komplexes Verständnis der sprachtherapeutischen Aufgaben sowie eine Unterscheidung zwischen Sprache und Sprechen. Aber auch eine zeitgeschichtliche Arabeske soll erwähnt werden. Grewel bezieht Stellung zur Aufgabe der Linguistik, die so explizit in dieser Zeit nur äußerst selten Erwähnung findet, und daher hier seine Meinung: „Eine ähnliche Vorsicht ist geboten gegenüber den so erwünschten Beiträgen der Linguisten. In der Aphasieuntersuchung haben Neurologen und Sprachheilpädagogen die Methode der unnatürlichen Sprachexploration mittels Testfragen, Wortlisten und anderer artifizieller Sprachanbietungen ... als unbrauchbar fallengelassen" (Grewel 1967, 14).

Leischner, der Neurologe und Aphasiologe, der diese Störung intensiv erforscht und behandelt hat und als Mitbegründer der Aphasieforschung und -therapie in Deutschland gelten darf, meldete sich ebenfalls zu Wort. Im vorangegangenen Kapitel dieser Arbeit war im Zusammenhang mit der Darstellung und Bewertung der Selbstverständnisse von Phoniatrie und Sprachheilpädagogik darauf hingewiesen worden, dass es eine medizinische Einmaligkeit sei, dass die Phoniatrie die Diagnostikkompetenz für sich behaupte, ohne auch die Therapie von Sprachstörungen durchführen zu wollen, also eine Trennung von Diagnostik und Therapie stattfinde. Auf das vergleichbare Problem, diesmal zwischen Neurologie und Phoniatrie, verweist Leischner, wenn er feststellt: „Es ist eine medizingeschichtliche Merkwürdigkeit, daß gerade im Bereich der Sprachstörungen die Diagnostik und die Therapie so sehr getrennt waren, daß die Behandlung von einem anderen medizinischen Fachgebiet durchgeführt wurde als die systematische Untersuchung. ... Die Phoniatrie, die sich intensiv der Behandlung der Dyslalien widmete, übernahm die Behandlung der Aphasien. Seit dieser Zeit besteht die unheilvolle Überdehnung des Begriffes Sprachstörungen. ... [Daher] ist es geradezu eine Vorbedingung, daß man scharf zwischen Sprach- und Sprechstörungen unterscheidet“ (Leischner 1967, 17).

Die linguistische, von Ferdinand de Saussure bereits im 19. Jahrhundert vorgenommene Unterscheidung zwischen ‚langue’ und ‚parole’ markiert eine ideengeschichtliche Konstanz, die ohne dass dieses deutlich thematisiert wurde, ihren Niederschlag im Berufsverständnis von Sprachheilpädagogik und Logopädie fand. „Sprachstörungen sind Störungen der gesamten Sprache ... Sprechstörungen sind Störungen im Bereich des Sprechapparates“ (Leischner 1967, 17). Diese Definition war und ist vermutlich mehrheitsfähig im Handlungsfeld der Sprachtherapie.

Die Sprachheilpädagogik warf der Logopädie bis in die 80er Jahre hinein stetig vor, lediglich für die Durchführung von Sprechtherapien qualifiziert zu sein (vgl. Westrich 1977). Die ‚eigentliche’ ganzheitliche Aufgabe der Sprachtherapie war in diesem Verständnis die Aufgabe der umfänglich pädagogisch qualifizierten Experten für Störungen der gesamten Sprache, der Sprachheilpädagogen. Wenn in den 70er Jahren die Logopäden den erfolgreichen Versuch unternahmen insbesondere das Gebiet der neurologischen Sprachstörungen abzudecken (vgl. Braun/Macha-Krau 2000, 69), so bewirkte das zweierlei: Zum Einen war Aphasie-Therapie unstreitig *stets als Sprach- und niemals als bloße Sprechtherapie angesehen worden. Damit führte die Beschäftigung mit diesem Störungsbild zu einer Emanzipation unter den Berufen zu Gunsten der Logopädie. Zum Zweiten bewirkte aber die im Verlaufe der nächsten Jahre zunehmend erkannte Bedeutung der Aphasiologie für das Verständnis sämtlicher Sprachprozesse, auch der Spracherwerbsprozesse, ein damit wachsendes Kompetenzniveau der Linguistik* ***und*** *der Logopädie unter gleichzeitigem Kompetenzverlust der Sprachheilpädagogik, die sich diesem Bereich (in der Zukunft der nächsten Jahre) nur äußerst reduziert zugewandt hatte.*

Die von Leischner am Ende seines Vortrages dargelegte Auffassung weist in genau diese Richtung: „Die Therapie der erwachsenen Aphasiker ist eine Sprachheilbehandlung, also kein Unterricht, sondern ... eine echte Rehabilitation. Die Therapie der kindlichen Sprachstörung muß naturgemäß immer verbunden sein mit einem Unterricht ... einem Sprachheilunterricht“ (Leischner 1967, 24).

Ein bemerkenswertes ‚Fundstück’ der Recherchen zu der vorliegenden Arbeit stammt ebenfalls aus dem Kongressband 1966. Die Arbeit von Gottschick, einem Neurologen aus Bad Pyrmont, gehört zu den differenziertesten und weitsichtigsten Ausführungen über die Aufgaben der Sprachheilpädagogik und die mögliche zukünftige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sprachheilpädagoge, die der Autor [V.M.] bei der Bearbeitung von sprachheilpädagogischer Literatur aus über einem Jahrhundert gefunden hat. Es sind neun Seiten Fachliteratur, die eine sogähnliche Wirkung deshalb entfalten, weil Gottschick mit kenntnisreicher Evidenz die inhaltliche Logik einer sich ergänzenden, gleichberechtigten Tätigkeit von Neurologen und Pädagogen auf der Basis zeitgenössischen Wissens über Hirnfunktionen entwickelt. Die von ihm vorgenommene Differenzierung von cerebraler Leistungspotenz zu cerebraler Leistungsentfaltung spiegelt das bis heute gültige Wissen über die Hemmung und Bahnung von (auch motorischen) Lernprozessen wider, die eben nicht der Arzt allein, sondern ebenso der Therapeut oder Pädagoge evozieren kann und muss. Die Lektüre dieses Vortrages sei nachdrücklich, vielleicht auch nur zu Reorganisation einer gelegentlich im Selbstwertgefühl sprachheilpädagogischer Seinsbesonderung belasteten Psyche, empfohlen. Der bis heute vor allem durch die Schulmedizin konstruierten Dichotomie von Körper und Geist, von Soma und Psyche, erteilt Gottschick bereits 1966 ebenso eine klare Absage („... ist bewiesen, daß die Vorgänge, die wir als psychisch bezeichnen, von der Tätigkeit körperlicher Organe und insbesondere des Gehirns, abhängig sind“ Gottschick 1967, 29), wie er der Pädagogik zentrale Aufgaben in der Rehabilitation Hirngeschädigter zuweist: „... eine Leistungsverbesserung erhalten gebliebener Hirnteile ... kann durch pädagogische und wahrscheinlich durch gar keine anderen Methoden erreicht werden. [Aber!:] ... mit Didaktik allein ist heil- oder behandlungspädagogisch gerade bei hirnpathologischen Syndromen wohl keine Leistungssteigerung zu erzielen“ (Gottschick 1967, 31).

6.2.5 Wissenschaftstheoretische Paradigmen der Zeit und ihre Wirkung auf die Sprachheilpädagogik

„In den 60er Jahren sucht die Sprachheilpädagogik die damalige ‚realistische Wende der Erziehungswissenschaft’ (H. Roth) mitzuvollziehen“ (Braun /Macha-Krau 2000, 63). Wie bedeutsam Roth für die Ausrichtung der Postulate westdeutschen Pädagogikverständnisses tatsächlich war, möge der Hinweis darauf verdeutlichen, dass er als Vorsitzender der Planungsgruppe für Bildungsforschung des Deutschen Bildungsrates leitend Verantwortung für die Entwicklungen trug, die der Bildungsrat mit der Vorlage seiner Ergebnisse Mitte der 70er Jahre einleitete.

Im Rahmen dieses Bildungsrats-Gutachtens hatte Knura unter dem Titel „Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation“ die ‚realistische Wende’ für die Sprachbehindertenpädagogik gefordert. Ihre Definition des Terminus ‚Sprachbehinderte’ bedeutete eine Umorientierung des sprachheilpädagogischen Selbstverständnisses. Der Fokus wurde neu gewählt, von dem aus auf gestörte Sprache geschaut wurde: weg von der Störung hin zu den ‚Gestörten’. „Sprachbehinderte sind solche Personen, die vorübergehend oder dauernd in unterschiedlichem Ausmaß unfähig sind, die allgemeine Umgangsprache in Laut und Schrift altersüblich aufzunehmen, zu verarbeiten und zu äußern und die deshalb in ihrer Persönlichkeits- und Sozialentwicklung sowie ihrer seelisch-geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit gefährdet oder beeinträchtigt sind“ (Knura 1974, 105). Sprachstörungen wurden nicht mehr sui generis definiert, sondern dominant in ihrer Wirkung auf den Sprachgestörten und seine Umwelt bewertet. Damit war die auch kurz darauf von Homburg u.a. vorgenommene Orientierung auf die Handlungsebene und die Beziehungsebene von (Sprach-)Behinderten und von (Sprach-)Behinderung eingeleitet.

In einem anderen Sinne als bisher wurde ganzheitliches Denken eingefordert: Nicht nur die Sprachstörung und die Wesensbesonderheit des Individuums, die sich mit und durch die Sprachstörung dokumentierte, wurde betrachtet, sondern als entscheidende neue Bewertungs- und Beobachtungskategorie wurden die sozialen und die gesellschaftlichen Ursachen- und Wirkzusammenhänge beobachtet. Der Sprachbehinderte wurde vor allem als kommunikationsbeeinträchtigt im interpersonellen Geschehen angesehen – daher wurde der Erarbeitung, Darstellung und Vermittlung von Kommunikationsmodellen besondere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Becker/Sovák 1979, 19; Knura 1982, 49). Diese Aufmerksamkeitsverlagerung vom Sprachgestörten zum Kommunikationsbeeinträchtigten folgte auch einer paradigmatischen Neuorientierung in der allgemeinen Pädagogik, die ebenfalls mit dem Namen Heinrich Roth verbunden ist.

„Roths Programm einer ‚realistischen Wendung’ der Erziehungswissenschaft zielte darauf ab, der Tendenz zur Desintegration der Pädagogik in eine Vielzahl von Einzelwissenschaften entgegenzuwirken“ (Krüger, H.-H. 1999, 48). Die Pädagogik sollte als Bezugsrahmen, in einem pädagogischen Grundverständnis als Orientierungshilfe, verstanden werden, um die seit Ende der vierziger Jahre vor allem aus den USA nach Europa und Deutschland hineinwirkenden Ergebnisse einer empirisch ausgerichteten Pädagogik, Psychologie, Soziologie oder Sozialwissenschaft filtern und bewerten zu können. Sozialisationstheorien wie sie in den Vereinigten Staaten entwickelt wurden, werden „... erst in den sechziger Jahren ... in der Bundesrepublik rezipiert; in der Pädagogik im Zuge der ‚realistischen Wendung’ (Roth 1966, 87)“ (Kron 1994, 80). Empirisches Wissen über Sozialisationsbedingungen und andere Parameter menschlicher Entwicklung und deren Interdependenzen zu multifaktoriel-

len Ereignissen veränderte das Verständnis von und die Betrachtung auf Sprachstörungen.
So wie eine „... Erziehungswissenschaft konzipiert wurde, die darauf abzielen sollte, die zahlreichen von den Wissenschaften vom Menschen zum großen Teil empirisch erarbeiteten Kenntnisse unter einer pädagogischen Fragestellung zu integrieren“ (Krüger, H.-H. 1999, 48f.), so orientierte sich die allgemeine Behindertenpädagogik in der Umsetzung des empirisch gewonnenen Wissens ebenfalls auf Prozess-, Handlungs- und Beziehungsaspekte und weniger auf spezifische Aspekte der individuellen Behinderung.

Der Hamburger Professor der Allgemeinen Sonderpädagogik Ulrich Bleidick hatte 1970 den Gegenstand der Behindertenpädagogik definiert: „Der Gesamtbereich der Behindertenpädagogik hat folgenden Gegenstand: Behinderung→ Behinderung der Erziehung→ Erziehung der Behinderten“ (Bleidick 1971, 16). Es wird anerkannt, dass die Ursachen von Behinderungen vielschichtig, d.h. multifaktoriell, sein können und aus den Bereichen verschiedener Einzelwissenschaften Hilfestellungen zum Ursachen- und/oder Verlaufsverständnis zu erwarten sind. Solche Einzelaspekte können die Medizin, Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaft, usw. beisteuern (vgl. Bleidick 1971, 17). Aber „... es werden nur solche Behinderungen aufgezählt, die pädagogisch relevant werden, d.h. sich als Behinderungen des Erziehungsgeschäftes erweisen und der besonderen Erziehung der von ihnen Betroffenen bedürfen“ (Bleidick 1971, 16). Einem Bleidickschen Behinderungsbegriff der multifaktoriellen Genese der Behinderung folgte der überwiegende Teil der Sonderpädagogik und der Sonderpädagogen der Zeit. Sie schlossen daraus auf den Gegenstandsbereich der Sonderpädagogik für Sprachbehinderte, nämlich dass Sprache Behinderung **macht** und nicht **ist**. Dass die objektive Seite der Sprachbehinderung (was immer das auch sein mochte in einem eher sozialisationstheoretischen als biologischen Erklärungsansatz zur Ätiologie sprachlicher Auffälligkeiten)Veränderungen des Subjektes evozieren und diese wiederum die objektivierbaren sprachlichen Äußerungen prägen, wurde als Fakt gesetzt. Daraus folgt sachlogisch, dass aus einer solchen Sicht nur pädagogische Interventionen unter Einbeziehung und Berücksichtigung möglichst vieler Faktoren eines multiplen Geschehens (Elternberatung, Abbau von externen und internen Stressoren etc.) erfolgversprechend greifen können. Medizinische ‚Behandlungen' greifen dieser Logik folgend zu kurz, da sie nur symptomorientiert vorgehen und nicht dem Ursachenprinzip folgen. Dieses ‚neue Denken' war in der Handlungsfolge für den sprachauffälligen Menschen jedoch nicht wirklich neu. Auch die unter den Prämissen einer Geisteswissenschaftlichen Pädagogik für notwendig erachteten Interventionsstrategien bedeuteten in der Konsequenz Vergleichbares: Die Educandi als Objekte des Umerziehungsauftrages (vgl. Orthmann 1969) oder ‚die Behinderten, die der besonderen Erziehung bedürfen' (vgl. Bleidick 1971, 16) wurden als umfassend beeinträchtigt erlebt und beschrieben und daraus folgernd als umfassend zu fördern, nicht zu therapieren, angesehen. Eine Betrachtung allein des Symptoms, die um das ganzheitliche pädagogische Verständnis auffälliger Sprachprozesse reduziert war, blieb somit unangemessen und reduktionistisch in der Komplexitätsbetrachtung. Die **vordringliche** Beschäftigung mit spezifischen (Sprach-) Störungen war per paradigmatischer Setzung für Sprachheilpädagogen ein nachrangiges Ziel.

Der von Roth und anderen mehrheitsfähig gemachte empirische Ansatz in der Pädagogik erreichte die Sprachbehindertenpädagogik nur insoweit, wie Forschungen zur Sozialisation und zu den Auswirkungen der Sprachbehinderung im Vergleich zu Nicht-Sprachbehinderten untersucht wurden. Empirische Sprach**therapie**forschung war, wie bereits gezeigt, nicht die Folge. Der Versuch, das Wesen der Sprachstörung zu erkennen, erfolgte weiterhin nicht empirisch sondern auf hermeneutischem Wege. Aber auch das war Teil der ‚Erziehungswissenschaft als Integrationswissenschaft', wie Krüger den Rothschen Ansatz benennt, ohne dabei den Integrationsbegriff der Behindertenpädagogik zu konnotieren. Unter ‚Integration' versteht er die Einbeziehung verschiedener Wissenschaften und ihrer Forschungsergebnisse in die Pädagogik. Welchen Stellenwert empirische Daten dabei haben, erläutert Krüger in der Darstellung der Konzepte von Roth: „So sollte die Hermeneutik zur Gewinnung von Fragestellungen und zur Interpretation der empirisch gewonnenen Ergebnisse beitragen" (Krüger, H.-H. 1999, 49).

Es ist das Privileg späterer Jahre, in der Rückschau auf Vorstellungen und Konzepte zu dem Umgang mit und der Behandlung von Sprachstörungen feststellen zu können, dass ein unter dem Erkenntnislicht aktueller Forschung und den Ergebnissen diverser Wissenschaften (Neurowissenschaften, Linguistik) möglicherweise zu weit gefasster Behinderungsbegriff die Bereitschaft nachhaltig reduziert hat, konträre Positionen wie sie zwischen der Sprachheilpädagogik und der Logopädie bestanden dadurch zu überwinden, dass in sowohl-als-auch Kategorien von Ganzheitlichkeit und Spezifität gedacht oder gehandelt wurde.

Sprachstörungen entfalten Wirkungen, die das Individuum belasten und die sonderpädagogische Intervention erforderlich machen, erst oberhalb der Ebene passagerer Sprachirritationen, oder wie anders soll Bleidick verstanden werden, wenn er fordert, Behinderungen erst dann ‚ernst zu nehmen', wenn sie das ‚Erziehungsgeschäft' relevant stören (vgl. Bleidick 1971, 16)? Wie ernst Bleidick genommen wurde, verdeutlicht Orthmann: „...[so] wird es kaum möglich, das von Bleidick (1972, 87)vorgelegte Begriffsschema einer Pädagogik der Behinderten sprachbehinderten Kindern vorzuenthalten" (Orthmann 1982, 89).

Nur: Weder in der wissenschaftstheoretischen Reflektion über den Behindertenbegriff der Sonderpädagogik noch in der fachdidaktischen Erörterung der Sprachbehindertenpädagogik findet (durch die Reihen der Sprachheilpädagogen) eine Spezifizierung oder Relativierung oder Verständigung darüber statt, wann und wie und von wem anhand welcher Kriterien, die empirisch nicht festgelegt sind und ergo hermeneutisch gemutmaßt werden müssen, eine sprachliche Auffälligkeit in die Zuständigkeit der Sprachbehindertenpädagogen fällt oder ob die Sprachstörung, quasi im vorpädagogischen Raum, als Sprechtechnikstörung in den Zuständigkeitsbereich der Logopädie gehört. Eine Qualifizierung oder gar Quantifizierung sprachlicher Störungen, die bei Überschreiten eines bestimmten Sollwertes das ‚Erziehungsgeschäft' stören und deshalb sprachbehindertenpädagogischer Förderkonzepte statt logopädischer Symptomtherapien bedürfen, wird nicht vorgenommen.

Eine Forderung, ‚harte Daten' im Zusammenhang mit Sprachstörungen zur Verfügung zu stellen oder anzuwenden, setzt sich aus einer sprachheilpädagogischen Perspektive sehr schnell dem Verdacht aus, Sprachstörungen und ihre Belastungsintensität für das Individuum sollten einem kausalistischen, metrischen, medizinisch-reduktionistischen Verständnis unterworfen werden. Aus Sicht der ‚traditionellen' Sprachheilpädagogik entziehen sich Sprachstörungen jedoch weitgehend einem Quantifizierungs- und Qualifizierungsversuch.

Der Kritik an metrischen Bemühungen Sprachstörungen zu kategorisieren kann sicherlich nicht widersprochen werden, dennoch ist ein Dilemma durch die Adaptation der Behinderungskategorien Bleidicks entstanden: Wird **jede** *Sprachstörung als sprachbehindertenpädagogische Interventionsaufgabe gesehen, ufert der Behindertenbegriff und vor allem die Anzahl der Sprachbehinderten grenzenlos aus. Wird* **nicht jede** *Sprachstörung als sprachbehindertenpädagogische Interventionsaufgabe gesehen, bedarf es einer ‚Wasserscheide', von der ab sprachbehindertenpädagogische Zuständigkeit besteht. Die Sprachbehindertenpädagogik will und kann dieses Dilemma nicht auflösen, weil ‚harte empirische Daten' über einzelne Sprachstörungen fehlen, auch nicht beschafft werden sollen und weil Sprache, wie bereits erwähnt, im sprachbehindertenpädagogischen Verständnis Behinderung macht und nicht ist und ein funktionalistisches Verständnis sprachlicher Auffälligkeiten, wie es der Logopädie als einem der Phoniatrie entsprungenen Zweig sehr viel mehr zu eigen war, daher ausschied. In einem solchen Verständnisses des Fachs besteht ein nicht auflösbarer Widerspruch.*
Dadurch schritt die bereits 1964 von Maschka festgestellte ‚Pädagogisierung' der Sprachheilarbeit weiter voran, die eine wissenschaftstheoretisch unbelastete und auch nicht grundgelegte Logopädie nicht erreichte und nicht erreichen wollte.

Eine weitere Argumentationskette zu Gunsten eines ganzheitlichen Zuganges zu Sprachstörungen im Unterschied zu einem „... einseitig nur auf der Therapie artikulatorischer, syntaktisch-grammatischer, begrifflich-inhaltlicher und den Redefluß betreffender Sprachstörungen" aufbauenden Verständnis knüpft Prof. Karl-Heinz Flehinghaus (1974, 139) von der Universität Dortmund. Er ist deutlich vom Sozialdeterminismus der Zeit beeinflusst, wenn er erläutert: „Individuelle Defizienzen und Funktionsschwächen im Psychosomatischen, z.B. im emotionalen, sensorischen, kognitiven, sozialen und vor allem im kommunikativen Bereich, sind aus ätiologischer Sicht ebenso bedeutsam wie ungünstige Milieueinflüsse und mangelnde sprachliche Anregungen" (Flehinghaus 1974, 137). Der gänzliche Verzicht auf die Benennung organisch-biologischer Faktoren bei der Ätiologiebeschreibung sprachlicher Störungen überrascht, aber ebenso überraschend ist die Tatsache, dass in der schlussfolgernden Reflektion über Förderorte und -wege festgestellt wird: „Das einschlägige sprachsonderpädagogische Lehrangebot der Hochschulen sollte daher gebührend berücksichtigen, daß nicht wenige Studienabsolventen der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik später eventuell in der sprachambulatorischen Praxis tätig werden" (Flehinghaus 1974, 139). Hier findet sich eine im Diskurs über wissenschaftstheoretische Aspekte des Faches zwar randständige Thematik, aber weil eine nahezu einmalige Erwähnung der außerschulischen Arbeit aus Hochschullehrerperspektive stattfindet, sei daher an dieser Stelle darauf hingewiesen (ausgiebiger beschreibt lediglich Knura die aktuellen und wünschenswerten perspektivischen Aufgaben des Lehrers, zwar nicht in Praxen, aber in Sprachheilambulanzen; vgl. Knura 1974, 177-179).

Zur Erklärung von Sprachstörungen erwähnt Flehinghaus die „... unbestrittene Interdependenz von sprachlicher Entfaltung und der Entwicklung kognitiver Strukturen" (1974, 138) und weist danach auf eine bedeutsame Konsequenz dieses Verständnisses von Zusammenhängen zwischen Sprechen und Denken hin: „Wie die einschlägige Umgangserfahrung lehrt, heben rechtzeitig einsetzende komplexe Förderungsmaßnahmen das sprachliche Niveau, steigern die sprechtechnischen Fertigkeiten sowie die allgemeine Kommunikationsfähigkeit" (Flehinghaus 1974, 138). Von einem heutigen Informationsstand aus mag angemerkt werden, wie fehlerhaft offensichtlich die ‚einschlägige Umgangserfahrung lehrt', da weder eindeutige Korrelationen zwischen Sprache und Kognition noch zwischen ‚komplexen Förderungsmaßnahmen' und ‚sprechtechnischen Fertigkeiten' belegt sind, wohl aber eindeutig keine Zusammenhänge zwischen unspezifischen Trainings und spezifischen Störungen nachgewiesen wurden (vgl. Dannenbauer 1998a, 1998c, 1999).

Völlig unabhängig jedoch von diesem Aspekt der Ausführungen bewirkte ein Verständnis von Sprachstörungen als einem möglichen kognitiven Defizitsymptom, Folgerungen. Wenn Lernbehinderungen Sprachstörungen verursachen und umgekehrt, wie Flehinghaus weiter ausführt, dann bedingt ein so verstandenes Ursache-Wirkungs-Prinzip in der wissenschaftstheoretischen Logik der Sprachbehindertenpädagogik ein weiteres Mal den Verzicht auf spezifische Sprachfördermaßnahmen, weil diese dem grundlegenden Problem einer nicht spezifizierten, defizitären kognitiven Struktur nicht beikommen können und dann ‚natürlich' unspezifische allgemeine Förderkonzepte zum Mittel der Wahl werden. Dieser sachlogische Verzicht auf die Spezifität klinisch-therapeutischer Sprachförderung drängt – auch das rezidivierend und theorieimmanent – dieses Handlungsfeld abermals und theoretisch begründet an den Rand der Sprachbehindertenpädagogik.

Wie es unter dem Primat der Pädagogik auch Flehinghaus 1974 (wie bereits Orthmann 1969 und anderen vor, mit und nach ihnen) gelingt, einerseits der umfassenden sprachbehindertenpädagogischen Verantwortung und Zuständigkeit argumentativ durch ein ganzheitliches Verständnis der Sprachbehinderungen und ihrer Ursachen den Weg zu bereiten und dabei dennoch, obwohl sachlogisch inkohärent und widersprüchlich, einen außerschulischen, ambulanten Raum der Sprachförderung zu fordern und für die Sprachheilpädagogik zu beanspruchen, ist unter wissenschaftstheoretischen Reflektionen nicht nachzuvollziehen. Die Konsequenz des damaligen sprachbehindertenpädagogischen Verständnisses über die Ursachen und die daraus resultierenden notwendigen Förderkonzepte bei Sprachbehinderungen müsste vielmehr in der Forderung nach dem gänzlichen Verzicht isolierter sprachtherapeutischer, ambulanter Maßnahmen münden.

6.3 Diskussionen und Diskurse

Selten traten in der Literatur der Zeit von 1965 bis 1975 Konflikte und kontroverse Diskussionen offen zu Tage. Zwar wurden beispielsweise im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik die geführten unterschiedlichen Auffassungen paradigmatisch einander gegenübergestellt, aber eine offensiv ausgetragene Konfliktlage entstand dadurch nicht. Dies ist auch die Begründung dafür, warum der überwiegende Teil der diskursiven Erörterungen, wie sie unter anderem zwischen einzelnen Vertretern der Sprachbehindertenpädagogik untereinander oder zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik ausgetragen wurden, bereits im Unterkapitel ‚Positionen und Paradigmen' dargestellt wurden.

Vergleicht man zum Beispiel die Diskussionen, wie sie zwischen dem Phoniater Biesalski und den Protagonisten einer eigenständigen Sprachheilpädagogik 1968, Orthmann, auf dem dgs-Kongress geführt wurden, mit der engagierten und streitigen Auseinandersetzung, wie sie zwischen den gleichen handelnden Personen vier Jahre zuvor stattgefunden hatte (vgl. Kapitel 5.3), so waren die Töne erheblich moderater geworden.

Erstmals und deutlicher profilierten sich in dem untersuchten Zeitraum die Logopädinnen und Logopäden, so dass der Chronist von fünfzig Jahren Sprachheilpädagogik, Dohse, 1978 festhält: „Außer der Lehrerbildung geriet auch die Beziehung zwischen den Berufsbildern des Sprachheilpädagogen und des Logopäden bzw. der Logopädin in das Spannungsfeld standespolitischer Fragen" (Dohse 1978, 22). Die Anlässe für die daraus resultierenden ‚Beziehungsstörungen' sollen etwas ausgiebiger betrachtet werden.

Paradigmatische Gründe für die Belastung des Kontaktes untereinander wurden im vorangegangenen Abschnitt unter diversen Aspekten dargestellt. Sprachheilpädagogen betrachteten die Logopäden als eine Berufsgruppe, die einer sachangemessenen Förderung multifaktoriell geprägter Verursachungen von Sprachstörungen, ein technisches Defizitkompensationsverständnis entgegensetzte und daher als eine reduktionistische, nachrangige Behandlergruppe angesehen wurde.

Mit Argwohn wurde aber, trotz der so grundsätzlichen Überlegungen folgenden akademisch inhaltlichen Position, auf der Ebene der Alltagspraxis (die sehr wohl darin bestand auch von sprachheilpädagogischer Seite ‚Symptomtherapien' ambulant durchzuführen) dennoch jedes Vordringen der Logopäden in angestammte sprachheilpädagogische Betätigungsfelder beobachtet, so dass ein Artikel in der Zeitung ‚Die Welt' vom 3.6.1967, in welchem das Tätigkeitsspektrum der Logopädin beschrieben wurde und unter anderem die Sprachkrankenschule als Einsatzort logopädischer Kräfte angeführt wurde, eine heftige Aktion und Reaktion der Sprachheilpädagogen hervorrief. In einem Umschreiben an die einzelnen Landesgruppen des Verbandes der Sprachheilpädagogen wurde ermittelt, in welcher Zahl und an welchen Orten Logopädinnen an staatlichen Sprachheilschulen tätig waren, um dem Eindruck entgegenzuwirken, Logopäden seien auch an den Sonderschulen aktiv. „Die Diskussion der Ergebnisse dieser Umfrage in der Sitzung des Erweiterten Vorstandes am 29. und 30. September 1967 in Bremen ließ durchweg Einigkeit in der Abgrenzung der Aufgabenbereiche erkennen" (Dohse 1978, 22). Diese Einigkeit war aber offensichtlich nicht dauerhaft, da, wie bereits aufgezeigt, der Geschäftsführer des Verbandes und spätere Vorsitzende Wiechmann den Einsatz von Logopäden in der Sprachheilschule zur Entlastung der Lehrer nur drei Jahre später selber vorschlagen sollte (Thorwarth 1970, 63 f.).

Einen grundsätzlicheren und dauerhaften Streitpunkt, der den Kontakt zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen in den folgenden Jahre zunehmend belasten sollte, markiert Dohse erstmals für das Jahr 1973. Er weist auf ungeklärte Probleme hin, die eskaliert seien „... bei der Frage der Einsetzung eines Ausschusses für die Erarbeitung einer gemeinsamen Gebührenordnung für Sprachheillehrer und Logopäden" (Dohse 1978, 22).
Hintergrund dieses Konfliktes war das zwar erst im Oktober 1974 in Kraft tretende, jedoch im Vorfeld schon deutlich Wirkung ausstrahlende Rehabilitationsangleichungsgesetz. Weil mit „... der Verabschiedung dieses Gesetzes die Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten für die logopädische Therapie zu übernehmen ... [ist] der Bundesverband der Ersatzkassen (VdAK) z.B. dringend an einem bundeseinheitliche Vertrag interessiert" (Spiecker-Henke 1974, 9), teilte die damalige Vorsitzende des Logopädenverbandes ihren Mitgliedern mit.
Nun prallten unterschiedliche ökonomische Interessen von Sprachheilpädagogen und Logopäden erstmals aufeinander. Die Logopäden waren als medizinischer Hilfsberuf

im Gesundheitssystem angesiedelt, die Verpflichtung zur Kostenträgerschaft seitens der Krankenversicherungen war eindeutig und dieses bedeutete für die Logopäden die erstmalige Gelegenheit in eigener Praxis, finanziert über feste vereinbarte Gebührensätze mit den Krankenkassen, in einem geregelten Verfahren und damit finanzielle Risiken kalkulierbar gestaltend, sprachtherapeutisch tätig zu werden.
Bis zu diesem Zeitpunkt war die Kostenträgerschaft auf der Seite der Sozialversicherung angesiedelt und dort rangen um die Mittel zur Rehabilitation Sprachgeschädigter neben den Logopäden gleichberechtigt die Sprachheilpädagogen, die ihre sprachtherapeutischen Leistungen nicht in eigenen Praxen, sondern im Nebenamt nach Schulschluss abgaben und die Kosten im Antragsverfahren vor oder nach erfolgter Sprachheilbehandlung und entsprechender Gewährung durch die örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträger erstattet bekamen. Die Höhe der Gebührensätze, die für Sprachtherapien bezahlt wurden, variierten zwischen den einzelnen Bundesländern, nicht aber zwischen den beiden Berufsgruppen.

Mit dem bundesweiten Vertrag zwischen dem größten überregionalen Krankenkassenverband, dem VdAK, verbanden sich seitens der Logopäden die Hoffnung und der Versuch, unterschiedliche Gebührensätze zwischen den Berufsgruppen festzuschreiben. Das Argument für dieses Unterfangen war plausibel und leuchtete auch den Krankenkassen ein: Die Sprachheilpädagogen waren im Hauptberuf Lehrer und damit Beamte mit einem festen Einkommen; die Erteilung von Sprachtherapie bedeutete einen lukrativen Nebenverdienst. Logopädinnen waren demgegenüber im Hauptberuf sprachtherapeutisch tätig und wenn dies in eigener Praxis erfolgen sollte, mussten die Gebührensätze auch die finanziellen Spielräume für eine freiberufliche Selbständigkeit enthalten. Logopäden sollten daher, so deren Wunsch, höhere Gebührensätze abrechnen können als Sprachheilpädagogen. Sprachheilpädagogen betrachteten sich hingegen als höher qualifiziert, auch wegen ihrer akademischen Ausbildung, und daher mit Ansprüchen auf eine höhere Bezahlung ausgestattet. Die Interessen zwischen beiden Gruppen waren zu unterschiedlich, als dass dieses Thema konfliktfrei zu lösen gewesen wäre. Die ‚Sprachheilarbeit' der Jahrgänge 1973 bis 1975 enthält zahlreiche Hinweise auf diese Diskussion und deren teils schwelende, teils brennende Intensität.

Im Zusammenhang mit den 1975 beginnenden parlamentarischen Beratungen über das Logopädengesetz empörte es die Sprachheilpädagogen zu Recht, dass diese mit weitem Abstand größte und verbreiteteste Gruppe der in den Ambulanzen, Fürsorgeeinrichtungen oder im privaten Einzelfall sprachtherapeutisch tätigen Experten in der politischen Bewusstseinsbildung über die anstehende Gesetzgebungsinitiative im Bereich der klinisch-therapeutischen Sprachförderung ein völlig randständiges Dasein fristete. Beispielhaft sei hier angeführt, dass die Bundestags-Zeitschrift ‚Das Parlament' in ihrer Ausgabe vom 21.2.1975 über das Gesetzesvorhaben berichtete und auch einen Bedarf an Logopäden ermittelte. Mit diesen Zahlen wurde suggeriert, dass eine völlige Unterversorgung mit Sprachtherapeuten vorliege, ohne darauf hingewiesen zu haben, dass die bedeutendste Sprachtherapeutengruppe, jene die das deutsche Sprachheilwesen wiederaufgebaut hatte und mit Leben speiste, die Sprachheilpädagogen waren (vgl. Dohse 1978, 22). „Auch in den Parlamentsberatungen über einen Entwurf zur Ausbildung von Logopäden war an keiner Stelle die Rede davon, daß eine große Zahl von Sprachheilpädagogen in dieser Arbeit steht" (Dohse 1978, 22).

Naivität war es nicht, die die Sprachheilpädagogen auf der einen Seite bedauern ließ, dass sie in der politischen Willensbildung nicht repräsentiert waren, während aber auf der anderen Seite nahezu keine Initiativen ergriffen wurden, diese politischen Rahmenbedingungen zu beeinflussen. Eine diesbezügliche Diskussion innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (zwar aus dem Jahre 1977, aber dieser Thematik engstens verbunden) verdeutlicht dieses und soll im Folgenden aufgegriffen werden.

Die sich im Nachgang der ersten Kassenverträge zwischen Logopäden und dem VdAK ergebende Problematik, dass in manchen Regionen Sprachheilpädagogen überhaupt nicht mehr zu Lasten und Kosten der Krankenversicherungen sprachtherapeutisch arbeiten konnten, hatte Sorgen bei den Funktionären des Sprachheilpädagogenverbandes hervorgerufen, weil befürchtet wurde, dass „... grundständig ausgebildeten Nachwuchskräften auf diese Weise die Möglichkeit genommen würde, bei

einer etwaigen Arbeitslosigkeit inzwischen Sprachbehandlung zu treiben“ (Dohse 1978, 23).
Diktion und Inhalt dieser Ausführung öffnen den Blick in die Motivationslage der Sprachheilpädagogik im Engagement für ein klinisch-therapeutisches Handlungsfeld der Sprachförderung unter den Bedingungen eines bevorstehenden Gesetzes zur Ausbildung und Tätigkeit von Logopäden. Warum Sprachheilpädagogen in diesem Feld arbeiten können sollten begründet Dohse: um einer etwaigen Arbeitslosigkeit zu entgehen. Was sie in diesem Handlungsfeld tun sollen, erfährt ebenfalls eine Beschreibung: ‚Sprachbehandlung treiben’. Unter welcher Perspektive sie dies tun sollten: ‚inzwischen’. Positive Aufgabenbeschreibungen fanden nicht statt.

Die sich in dieser Situation des drohenden Verlustes eines ganzen Arbeitsfeldes und gängiger Nebenverdienstmöglichkeiten formierenden Kräfte innerhalb der Sprachheilpädagogen trafen am 14. und 15.10.1977 im Rahmen einer Hauptvorstandsitzung der dgs zusammen und berieten unter anderem, wie standespolitische Interessen gewahrt werden könnten. Es war Orthmann, der, wie bereits erwähnt (vgl. in diesem Kapitel 6.1.1), der Gefahr eines Herausdrängens aus dem Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung durch die Gründung einer ‚Sektion für Sprachbehindertenpädagogik’ begegnen wollte, um „... standespolitische Interessen der Sprachheillehrer besser vertreten zu können“ (Dohse 1978, 23). Wie die gewählten Funktionäre der Sprachheilpädagogen, die Vertreter der einzelnen Landesverbände und der Bundesvorstand auf diesen formellen Antrag reagierten, berichtet ebenfalls Dohse: „Der Hauptvorstand sprach sich indessen dagegen aus, da dies dem in den Satzungen festgelegten gemeinnützigen Charakter des Verbandes widersprechen und die Gefahr der Zersplitterung in sich bergen würde, weil man dann auch Sektionen für andere hier vertretene Gruppen bilden müßte“ (1978, 23).

Die paradigmatisch grundgelegte und seit dem Wiederaufbau des westdeutschen Sprachheilwesens konsequent durch die verschiedenen wissenschaftstheoretischen Positionen hindurch zu beobachtende Konstante der primären und nahezu ausschließlichen Orientierung auf das Handlungsfeld Sprachheilschule, einschließlich der sprachheilpädagogischen Konzeptbildung und der diesem folgenden Selbstver-

ständnis, folgt der Hauptvorstand der dgs konsequent und sachlogisch. Naivität oder mangelnder Vorausblick für die sich anbahnende Eskalierung im außerschulischen Handlungsfeld der Sprachheilpädagogen in der Folge gesetzgeberischer Bestimmungen und ihrer Interpretationen durch Krankenversicherungen und die Bundesländer hat diese Grundsatzentscheidung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik sicherlich nicht geprägt. Es war eine gewollte und absichtsvolle Entscheidung, sozusagen bei völlig klarem Bewusstsein getroffen, mit dem Ziel und dem Ergebnis, die Einflussnahme auf die Entwicklungen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung nicht zu einem zentralen Thema der Sprachheilpädagogen zu machen.

6.4 Zusammenfassung

Das untersuchte Jahrzehnt von 1965 bis 1975 prägt die gesamtdeutsche, vor allem jedoch die westdeutsche Sprachheilpädagogik unter Betrachtung der davor liegenden Zeit beispiellos, mit dem Blick auf die danach folgende Zeit beispielgebend.

In bislang einmaliger Intensität entwickeln sich fachspezifische Wege, die geprägt sind von paradigmatischen Setzungen über das Wesen der ‚Sprachgestörten' und später über die Kommunikationsaspekte von Sprachbehinderungen. Der Ausbau des Sprachheilwesens wird weiter vorangetrieben, insbesondere im Bereich der Sprachheilschulen. Daneben diversifizieren sich die Aufgaben und die Handlungsfelder im klinisch-therapeutischen Bereich der Sprachförderung.

Das Rehabilitationsangleichungsgesetz aus dem Jahre 1974 markiert einen Wendepunkt in der gesamten sprachtherapeutischen Arbeit außerhalb der Sprachheilschule durch die damit einher gehende Zuständigkeitsverlagerung von der Sozialgesetzgebung hin zum Gesundheitssystem. Diesem staatlicherseits vorgenommenen Paradigmenwechsel entspricht das Ausbildungs- und Tätigkeitsprofil der Logopädie, nicht aber das Berufsbild und das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik. Der Mediziner erhielt, präziser behielt, die formale Zuständigkeit für sämtliches Geschehen im

Gesundheitswesen, also auch für sprachfördernde Maßnahmen unter dem Primat der medizinischen Verantwortung und einem diesem folgenden Pathologie-, Pathogenese- und Therapieverständnis.

Die Sprachheilpädagogik beansprucht trotz neuer Rahmenbedingungen gleichwohl weiterhin Kompetenz und Zuständigkeit für diesen außerschulischen Therapiebereich, lässt aber als Motivationsquellen standespolitische und ökonomische Aspekte durchaus, wenn auch nicht ausschließlich, erkennen. Den gestiegenen fachlichen Anforderungen, insbesondere in der Folge gewachsenen Wissens, das die ‚Nachbardisziplinen' in das Fach einbringen, trägt die Sprachheilpädagogik durch die Einrichtung grundständiger Universitätsstudiengänge Rechnung und insbesondere für den klinisch-therapeutischen Arbeitsbereich durch die Begründung von Diplomstudiengängen an den Hochschulen in Dortmund und Köln.

Der zeitgeistlichen Entwicklung folgend wird auch in der Sprachheilpädagogik der Streit um Theorien intensiver geführt als um die Praxis. Die Eigenständigkeitsdebatte im Jahr 1968 mit ihren Vor- und Nachläufern markiert einen zentralen Punkt in der fachspezifischen Ideengeschichte und fundiert das Primat der Pädagogik vor der Therapie. Ein übergeordnetes, die verschiedenen Aspekte und Tätigkeitsfelder des Faches integrierendes Theoriesystem wird jedoch nicht geschaffen, und die Rezeption einzelner störungsspezifischer und (sonder-) pädagogischer Aspekte folgt weitgehend einem ‚Bauchladen-Paradigma' scheinbarer Beliebigkeit. Dem Versuch einer anthropologischen Grundlegung des Faches folgen zum Teil intensive Diskussionen, die **ein** zentrales Paradigma dieses Verständnisses jedoch nicht kritisch hinterfragen: Die dominante Ausrichtung der Sprachheilpädagogik auf das Aufgaben- und Arbeitsfeld der Sprachheilschule. Das Arbeitsfeld Sprachheilambulanz stellen hingegen die Phoniater in den Mittelpunkt ihres Aufgabenverständnisses von Sprachheilarbeit und dieser Setzung folgt der Ausbau der Logopädenausbildung.

Die Sprachheilpädagogik erfährt kritische Reflektionen über ihr Aufgabengebiet und ihr Selbstverständnis von innen oder von außen nur sehr reduziert. Daher wird in einem Diskurs versucht, theorieimmanente Widersprüche aufzuzeigen, die in der

Aufforderung münden, zu hinterfragen, ob eine **Sprachheilpädagogik** *oder* eine **Sprachtherapiewissenschaft** gegenstandsadäquat den Anforderungen und Problemen sprachauffälliger Menschen und den Spezifitäten sprachlicher Auffälligkeiten entsprechen kann.

Der Dualismus von Therapie und Unterricht beschäftigt das Fach auch in dieser Zeit und die Reflexion darüber entfernt Medizin und Sprachheilpädagogik weiter voneinander.
Die Orientierung auf das Wesen des Sprachbehinderten, wie sie bedeutende Vertreter des Faches weiterhin propagieren, kontrastiert zu einer neuen Betrachtungsqualität auf (Sprach-) Behinderung und (Sprach-)Behinderte, wie sie in der ersten Hälfte der 70er Jahre vorgenommen wird.

Therapieforschung mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über das Wesen von und die Interventionsmöglichkeiten bei Sprachstörungen wird aus prinzipiellen Erwägungen heraus nicht oder nur sehr vereinzelt betrieben. Auch handlungstheoretische Entwürfe einer Pädagogik der Sprachbehinderten fokussieren sich auf die Sprachheilschule und negieren weitgehend den nicht-schulischen Bereich der Sprachtherapie.

Die Betrachtung des wissenschaftstheoretischen Hintergrundes der Sprachheilpädagogik in der untersuchten Zeit verdeutlicht, dass ein Verständnis von Sprachtherapie als einem technischen Akt eines ‚Sprechwerkzeugbehandlers' dominant und immanent diesem Handlungsfeld von Logopäden, aber eben auch von Sprachheilpädagogen anhaftete. Der Einsatz der sprachheilpädagogischen Funktionäre und anderer Verantwortungsträger für die Beibehaltung eigener Zuständigkeiten und Verantwortungen für das Geschehen im klinisch-therapeutischen Bereich unter den sich ankündigenden Auswirkungen eines bundeseinheitlichen Logopädengesetzes, wurde dementsprechend reduziert und ohne deutliches Engagement vollzogen.

7. Die Entwicklung des Sprachheilwesens von 1975 bis 1990

Vorbemerkung:

Der Ausbau des klinisch-therapeutischen Arbeitsfeldes für Sprachtherapeuten erfuhr einen wesentlichen Entwicklungs- und Wachstumsschub in der Zeit ab 1975, obgleich die dazu determinierenden Bedingungen und Strukturen, paradigmatisch und formal, bereits bis zur Mitte der 70er Jahre grundgelegt waren.

Der Untersuchungszeitraum dieser Arbeit endet im Jahre 1990. Bis zu diesem Jahr und in den Folgejahren veränderte sich das klinisch-therapeutische Handlungsfeld von Sprachheilpädagogen durch den Bedeutungszuwachs, den es als primäres Tätigkeitsfeld von Sprachheilpädagogen und nicht mehr als ein sekundäres Arbeitsfeld erfahren hatte, nachhaltig. Dies dokumentiert sich, in der nahezu unübersehbaren Anzahl von Primär- und Sekundärquellen. Fachliteratur, Verbandsveröffentlichungen, offizielle Veröffentlichungen der Gesundheits-, Kultus- oder Finanzbürokratie, sowie Presseberichte, Stellungnahmen und Ausführungen von in diesem Arbeitsbereich Verantwortung tragenden Politikern, Verlautbarungen und Verwaltungsentscheidungen der Hochschulen, Gesetzesänderungen, ministerielle Erlasse in einzelnen Bundesländern und vieles mehr liegen vor. Ebenso werden in einem erheblich gestiegenen Ausmaß Grundsatzpapiere und Stellungnahmen veröffentlicht sowie bildungs- und gesundheitspolitische Positionierungen seitens der beteiligten Berufsgruppen und Fachwissenschaften vorgenommen. Dies kann nicht ohne Folgen auf das für diesen Zeitraum anzuwendende Verfahren der Darstellung von Fakten, Positionen, Paradigmen, Diskussionen und Diskursen bleiben. Die Darstellung von Ereignissen, paradigmatischen Setzungen oder Diskussionsverläufen wird in diesem Kapitel nicht, wie im bisherigen Verlaufe der Arbeit, nach inhaltlichen Kriterien gegliedert und so weitgehend wie möglich einzelnen Oberthemen zugeordnet, sondern sie wird allein in der zeitlichen Reihenfolge ihres Auftretens erfolgen.
Aus diesem Grunde folgt dieses Kapitel einer nach Jahreszahlen gegliederten Systematik. In der Darstellung der Entwicklungen in dem jeweiligen Jahr wurden primär Ereignisse und Abläufe, aber daneben auch Paradigmen und Positionen sowie Diskussionen und Diskurse in Abhängigkeit von dem Ausmaß und der Bedeutung für den

Verlauf und die Zukunft des klinisch-therapeutischen Sprachheilsystems unterschiedlich gewichtet. So kommt es, dass in manchen Jahren paradigmatische Darstellungen und Betrachtungen umfänglicher vorgestellt und kommentiert werden, in einem anderen Jahr beispielsweise gesetzgeberische Entscheidungen ausgiebiger dargestellt und erläutert werden.

Neben der rein zeitgeschichtlichen Darstellung wurden grundsätzliche Diskussionsbeiträge oder formale Rahmenbedingungen, die besonderen Einfluss auf die Weiterentwicklung des ambulanten Sprachheilwesens aus sprachheilpädagogischer Sicht ausgeübt haben, jeweils in einem Exkurs gesondert erfasst. Insgesamt sieben Exkurse sind aus diesen Gründen in den laufenden Text eingebunden und zur Kenntlichmachung satztechnisch – durch Einrücken – von dem übrigen Text unterschieden.

Auch muss die Zusammenstellung der Fakten in Folge der Ereignismenge und Ereignisdichte zwangsläufig lückenhaft sein. Es wurde eine vom Blick auf die Fragestellung bestimmte Auswahl getroffen, was u.a. bedeutet, dass die für das Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung, wie sie von Sprachheilpädagogen durchgeführt wurde und wird, Relevanz erhaltenden Themen im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Diese aus einer sprachheilpädagogischen Sicht vorgenommene Auswahl der Ereignisse bildet auch den Grund für die Wahl der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' als primärer Quelle und Richtschnur für diesen zu beschreibenden Zeitraum. Es wird davon ausgegangenen, dass die für die Sprachheilpädagogik relevanten Ereignisse, wenn auch gelegentlich mit einer zeitlichen Verzögerung, in die Kommentierung oder Berichterstattung der Fachzeitschrift eingeflossen sind. Dort wo es notwendig erschien, wurden zur vertiefenden Darstellung weitere Quellen herangezogen.

Auf eine spezielle Darstellung der Entwicklung in der DDR, die bis 1989 zu geben wäre, wird in diesem Kapitel deshalb verzichtet, weil zwar grundlegende und einschneidende Veränderungen in der politischen und sozialen Entwicklung dieses Staates stattgefunden haben, diese Veränderungen das sprachtherapeutische Arbeitsfeld jedoch nicht grundsätzlich mit signifikanter Wirkung beeinflussten. Die

Strukturen des Sprachheilwesens blieben bis zur ‚Wende' bestehen, die in diesem System handelnden, lebenden und empfindenden Menschen veränderten die Strukturen und das System, aber auch sich. Dieses zu analysieren und zu beschreiben ist jedoch nicht Aufgabe der vorliegenden Arbeit.
Innerhalb der Sprachheilpädagogik nimmt die Vielfalt der Positionen, Paradigmen und Orientierungen, mitbestimmt durch den Auf- und Ausbau der Universitäten, weiter zu. Die Meinungsfreude der Nachbardisziplinen wächst ebenfalls stetig, was für diesen Bereich ebenfalls eine nachhaltige Reduzierung des Anspruches bedeutet, **die** *Positionen und Paradigmen der Sprachheilpädagogik und ihres Umfeldes darstellen zu können oder zu wollen. Auch hier werden einzelne Auffassungen in der historischen Reihenfolge ihres Auftretens erfasst, partiell mit eingeschränkter Komplexität in Exkursen vorgestellt, jedoch nur dann, wenn dies zur Beantwortung der Fragestellung hilfreich erschien.*

Um Nachvollziehbarkeit bei der Darstellung des bearbeiteten Materials zu gewährleisten, schien für diese Zeitspanne eine weitere Veränderung des bisherigen Vorgehens angemessen. Ein zusammenfassender Überblick der Entwicklungen und Ereignisse der untersuchten Jahre steht am Beginn des Kapitels und nicht an dessen Ende. So soll es möglich werden, die Schlussfolgerungen des Verfassers aus dem gesichteten Material quasi folienartig, im Einzelfall ergänzend, über die dann folgende chronologische Darstellung der Ereignisse zu legen. An einigen Stellen wird innerhalb dieser kommentierenden Vorstellung des bearbeiteten Zeitraumes auf Entwicklungen in den Folgejahren hingewiesen. Dies erfolgt aus Gründen der Vollständigkeit und um die Stringenz einzelner Entwicklungen zu verdeutlichen.

7.1 Zusammenfassender Überblick über die Ereignisse in der Zeit von 1975 bis 1990

In der Zeit nach 1975 hat sich die Sprachtherapie in Deutschland „ ...von einer, meist wohlwollend beobachteten, tradierten Vorstellungen von Sprache und deren Fördermöglichkeiten verpflichteten Nischenexistenz im Konzert des bundesrepublikanischen Bildungs- und Gesundheitssystems zu einem zunehmend selbstbewusster werdenden Qualitätsprodukt entwickelt, das kritischer betrachtet wird und unter dem Druck des Effizienznachweises steht. Sprachheilpädagogische oder logopädische ‚Helfer` werden nicht mehr nur an ihrer dankenswerten Bereitschaft, sich mit dem zu fördernden Menschen zu beschäftigen, gemessen. Vielmehr wird an ihre Fachlichkeit, das professionelle Know-how, die Transparenz des therapeutischen Handelns und die Betrachtung einer für den ‚Kunden' angemessenen Kosten-Nutzen-Relation ein ähnlich strenger Maßstab zu Recht angelegt, wie es sich ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Tätigkeit schon lange gefallen lassen muss, insbesondere von Seiten der Kostenträger“ (Borbonus/Maihack 2000, 249).

Die Gruppe der Berufstätigen, die das Handlungsfeld klinisch-therapeutischer Sprachförderung und -rehabilitation als ökonomische Reproduktionsquelle entdeckten und ausbauten, hatte sich von zunächst Einzelnen ab Mitte der 70er Jahre bis zum Jahre 1990 auf ca. 6000 freiberuflich oder angestellt tätige Sprachheilpädagogen, Logopäden, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Klinische Sprechwissenschaftler und Klinische Linguisten erweitert. Diese Sprachtherapeuten waren und sind in Therapieeinrichtungen unterschiedlicher Größe tätig, in denen darüber hinaus Arbeitsplätze für Büro- und Verwaltungskräfte entstanden waren. Rechnete man den Dienstleistungsbereich hinzu, der sich um das Arbeitsfeld Sprachtherapie angesiedelt hatte (Rezeptabrechnungsstellen, spezielles Therapie- und Fördermaterial herausgebende Firmen und Verlage, Fortbildungseinrichtungen, steuer- und rechtsberatende Berufe, Soft- und Hardwarefirmen etc.) so war von rund 10.000 Arbeitsplätzen allein in Westdeutschland auszugehen, die mittelbar oder unmittelbar im Handlungsfeld Sprachtherapie existierten. Bis zur Jahrtausendwende hat sich die Zahl der Arbeitstätigen in diesem Handlungsfeld etwa verdoppelt. Der Ausbau dieses Berufsfeldes fand wesentlich in der Zeit nach 1980 statt, obgleich die dazu determinierenden Bedingungen und Entwicklungsstränge bereits bis zur Mitte der 70er Jahre grundgelegt waren.

Regulierende und reglementierende Eingriffe von Seiten des Gesetzgebers und der Krankenkassenverbände stellten die Sprachtherapie auf eine neue Grundlage. In der Folge des 1980 in Kraft getretenen Logopädengesetzes wich die Beliebigkeit, aber auch der Schutz einer relativ ungeregelten Nischenexistenz einem Verteilungskampf um Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze. Staatlich definierte Kompetenzen und Verantwortungen lösten dabei inhaltliche, paradigmatische Diskussionen der Vergangenheit ab und ersetzten den Diskurs über die beste Form sprachtherapeutischer Förderung durch die legislative Festlegung von Zuständigkeiten für die sprachtherapeutische Versorgung der Bevölkerung. Vorschläge und Vorstellungen zu sprachheilpädagogischen Förderkonzepten blieben dabei weitgehend ungehört und folgerichtig auf der Strecke.

Insbesondere durch die Festlegung so genannter ‚Begutachtungsanleitungen' und durch die Einführung von ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien' seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung, erstmals im Jahre 1982, in denen für bestimmte Berufsgruppen die formale Berechtigung zur Durchführung sprachtherapeutischer Maßnahmen festgeschrieben wurde, drohte den Sprachheilpädagogen der Ausschluss aus der ambulanten Versorgung Sprachbehinderter. Denn sie waren nicht als ‚zulassungsberechtigte Behandler' aufgelistet und konnten somit auch nicht am vertraglich geregelten Kostenerstattungsverfahren der Krankenversicherungen teilnehmen. Der Grund für die Nichtaufnahme lag in dem Fehlen einer ‚berufsrechtlichen Anerkennung'.

Die radikale Umstrukturierung des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems im Jahre 1989, das durch die Ablösung der über 60 Jahre geltenden Reichsversicherungsordnung behördliche Zuständigkeiten neu regelte und sanktionsberechtigende Kompetenzen neu verteilte, betraf auch das Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung. Durch so genannte ‚Zulassungsempfehlungen' im Rahmen des § 124 Sozialgesetzbuch Band V, wurden neue Grundlagen für die Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld geschaffen.

Die akademische Hochschulausbildung, deren Lehr- und Prüfungsinhalte von den Studierenden bei der Ablegung der Diplomprüfung, des Staatsexamens oder der Magister-Artium Prüfung nachgewiesen werden, entzieht sich durch die kultushoheitliche Autonomie der Bundesländer einer verbindlichen und einheitlichen Bundesregelung qua innerer Systemlogik. Die große Varianz der vorliegenden Studien- und Prüfungsordnungen sowie das Fehlen einer bundesweit verbindlichen Festlegung von Lehrinhalten zwang die Gruppe der am längsten und verbreitetsten im Feld der außerschulischen Sprachtherapie Tätigen zu der legitimierenden Nachweispflicht ihrer dokumentierbaren, ministerialbürokratischen und krankenkassenverwaltungskonformen Logiken entsprechenden fachlichen Eignungen für ihr Tun.

Fehlende Verträge mit Krankenkassen sowie die fehlende Präsenz und Repräsentanz der deutschen Sprachheilpädagogen im politischen Entscheidungssystem der Bundesrepublik drängten die einstmals so stolze Gruppe der Sprachheilpädagogen, die mit deutlicher Distanz die technokratischen Funktionstherapien der Logopäden kritisiert hatte, in eine permanente Legitimation ihrer Existenzberechtigung im klinisch-therapeutischen Arbeitsfeld, verbunden mit der Forderung von Krankenkassen und Ministerialbeamten nach den Belegen vorhandener spezifisch therapeutischer Kompetenzen.

Die Fixierung der offiziellen Sprachheilpädagogik auf fachliche und organisatorische Aspekte der Sprachheilschule in Verbindung mit einem eher unpolitischen Selbstverständnis der Berufsgruppe der Sprachheillehrer und des Fachs bedeutete bis zur Mitte der 80er Jahre, trotz an Intensität zunehmender Aktivitäten einzelner Funktionsträger der dgs, weitgehende Lethargie und Ignoranz gegenüber den Themen und Problemen der außerschulischen Arbeit.

Das Entstehen von Organisationsformen, erst außerhalb, später innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, mit der Absicht, die Interessen der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen zu bündeln, stellte den Versuch dar, den notwendigen politischen Druck aufzubauen, um die gänzliche Verdrängung der Sprachheilpädagogen vom Markt der ambulanten und klinischen Sprachtherapie zu verhindern. Am Beginn der 90er Jahre sollte die Gründung der Arbeitgemeinschaft der Freiberuflichen und Angestellten Sprachheilpädagogen (AGFAS), der Aufnahme der sprachheilpädagogischen Sprachtherapeuten in den Verbund der europäischen Logopäden und Orthophonisten (CPLOL) dienen, aber auch in den Reihen der schulisch arbeitenden Sprachheilpädagogen Problembewusstsein schaffen sowie eine organisatorisch-politische Lücke zur Vertretung spezifischer Probleme der außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen schließen.

Obwohl ein Umdenken und eine Umorientierung innerhalb der Universitäten und des Fachverbandes dgs zu Gunsten der klinisch-therapeutisch arbeitenden Sprachheilpädagogen langsam, aber deutlich in der Mitte der 80er Jahre eingesetzt hatte und auch immer häufiger öffentliche Diskussionen über die Fragwürdigkeit einer Politik geführt wurden, die eine gesamte Behandlergruppe de facto von der Behandlung sprachauffälliger Menschen ausschließen wollte, gelang es der Arbeitgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen (AGFAS) gemeinsam mit der dgs erst im Jahre 1994, die Aufnahme in die ‚Zulassungsempfehlungen' nach § 124 Sozialgesetzbuch Bd. V zu erreichen. Die Voraussetzungen für Sprachheilpädagogen, nun auch formal geregelt als freiberufliche Heilhilfsmittelerbringer tätig werden zu können, waren damit geschaffen.

Ein Grund für diese veränderte Position der Krankenversicherungen lag unter anderem in dem offensichtlichen Widerspruch, dass im Rahmen der 1990 vollzogenen Deutschen Einheit sämtliche Sprachheilpädagogen der ehemaligen DDR unter spezifischen Nachweisen, deren Beibringung jedoch sehr überschaubar war und in den allermeisten Fällen keine Hindernisse aufstellte, den formal zur Durchführung von Sprachtherapien berechtigenden Berufstitel ‚Logopäde' erwerben konnten. Die meisten Sprachtherapeuten der früheren DDR trugen nicht nur die gleiche Berufsbezeichnung wie die im Westen Deutschlands als weitgehend unqualifiziert angesehenen Sprachheilpädagogen, sondern deren Ausbildung hatte auch für die Arbeit und

Förderung im sprachheil**pädagogischen** Arbeitsfeld der ehemaligen DDR qualifiziert. Wie in Kenntnis dieser Tatsache von Kassen- und Phoniaterseite weiterhin die klare Trennbarkeit zwischen logopädischen und pädagogischen Maßnahmen bei der Beschäftigung mit sprachauffälligen Menschen behauptet und argumentativ aufrechterhalten werden konnte, überraschte.

Ein seit der Mitte der 80er Jahre einsetzendes arbeitsmarktpolitisches Problem hatte das klinisch-therapeutische Arbeitsfeld für westdeutsche Sprachheilpädagogen zusätzlich attraktiv gemacht. Der Sparzwang der öffentlichen Kassen der die Einstellung von Sonderschullehrern verhinderte in Verbindung mit einer an Dynamik zunehmenden Integrationsdebatte zur Ein- oder Ausgliederung Behinderter nahm zu. Die aus den Universitäten entlassenen Sprachheilpädagogen drängten auf den Arbeitsmarkt und standen, wie im Übrigen die Lehrer aller Schularten, vor zumeist verschlossenen Schultüren und suchten sich alternative Beschäftigungsmöglichkeiten. Sie ‚entdeckten', neben den Logopäden und den für diesen Tätigkeitsschwerpunkt als Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik ausgebildeten Hochschulabsolventen, den Bereich der klinisch-therapeutischen Sprachförderung als expandierende und ihrer fachlichen Qualifikation entsprechende Alternative zur Sprachheilschule.
Der 1994 erstmals mit dem Verband der Angestellten Krankenkassen abgeschlossene Rahmenvertrag zwischen dem VdAK und der dgs/AGFAS hatte für die Sprachheilpädagogik eine ähnliche Sogwirkung wie der zwanzig Jahre zuvor abgeschlossene Vertrag zwischen dem VdAK und dem Logopädenverband deren Vormachtstellung im Bereich der klinisch-therapeutischen Sprachförderung begründet hatte. Denn nun konnten, erstmals verbindlich geregelt und festgeschrieben durch Zulassungsempfehlungen und Rahmenverträge, die Sprachheilpädagogen im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld zu Lasten des Kostenträgers Krankenkassen formal eindeutig und justitiabel geregelt tätig werden.

Insbesondere die Diplomstudiengänge erlebten in der Folge einen massiven Anstieg an Studierenden. Die Hochschulen führten daraufhin vereinzelt Zulassungsbeschränkungen für die Aufnahme des Studiums ein, weil Kapazitätsgrenzen der Lehrenden und der universitätsinternen Strukturen erreicht oder sogar schon überschritten waren.

Die nachhaltigen Veränderungen im Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung konnten für das Verständnis der Sprachheilpädagogik, das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogen und die universitäre Repräsentanz des Faches mit den dort angebotenen fachlichen Inhalten nicht folgenlos bleiben. Die Wucht, mit der außerschulische Themen die mit schulspezifischen Eigenständigkeiten und Seinsbesonderungen in Praxis und Lehre beschäftigten Sprachheilpädagogen traf, war enorm.

An den Universitäten wurde, in Kenntnis und Würdigung der bis zum Beginn der 80er Jahre stattgefundenen Entwicklungen und formulierten Selbstverständnisse, relativ schnell auf die entstehenden Wünsche und Anforderungen reagiert, die Lehrangebote und Vermittlungsstrukturen dem Praxisfeld klinisch-therapeutischer Sprachförderung anzupassen. Zwar nicht überall, jedoch an den größten und damit maßgebenden Hochschulen stieg das Angebot an spezifischen Lehrveranstaltungen zu spezifischen sprachtherapeutischen Aufgaben im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld.
Die durch forschungsbedingten Wissenszuwachs von innen und in Folge der Adaptation neuerer Erkenntnisse der Nachbarwissenschaften von außen etwa seit Mitte der 70er Jahre eingeleitete Neuorientierung einzelner Fachvertreter und Universitäten, neben den pädagogischen Ausrichtungen und Orientierungen der Sprachheilpädagogik die Fachlichkeit bei der Beschäftigung mit sprachgestörten Menschen nicht aufzugeben, korrespondierte mit dem durch die Legitimationsdiskussionen im gesundheitspolitischen Raum ausgelösten Druck, Fachspezifität bei der Behandlung und Förderung der vielfältigsten Sprachstörungen nicht nur zu behaupten, sondern auch zu besitzen.

Grundsätzliche Veränderungen für den Bereich der klinisch-therapeutischen Sprachförderung bewirkten außerdem verschiedene Stufen von Gesundheitsstrukturreformen, die neben neu verteilten Zuständigkeiten von Sozial- und Gesundheitspolitik insbesondere in das System der Koordination und Kooperation zwischen Ärzten, Therapeuten, Patienten und Krankenversicherungen eingriffen. Geprägt von Sparzwängen in einer Entwicklung, die ökonomischen Ressourcenminderungen folgte, griffen makroökonomische Steuerungselemente des Staates zunehmend auch in die sprachtherapeutische Arbeit als Teil eines verstärktem Regelungsdruck ausgesetzten Gesundheitssystems, ein.

Bestrebungen, mit Hilfe der 1982 erstmals eingeführten Heilmittelrichtlinien und der diesen vorausgegangenen ‚Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen' Verordnungsmengen von Sprachtherapie, verordnungsberechtigte Arztgruppen sowie Abgrenzungen zwischen therapeutisch und pädagogisch zu behandelnden Sprachstörungen vorzunehmen, sind Folgen der knapper werdenden finanziellen Spielräume der öffentlichen Hand. Sie dokumentieren auch die Dominanz phoniatrischer Paradigmen, nach den in den 50er, 60er und 70er Jahren geführten Grundsatzdiskussionen zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik über die Genese und Behandlung/Förderung von Sprachstörungen.

Die Versuche wechselnder Politikstrategien, im Gesundheitssektor Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, verschärfte den Konkurrenzdruck aller Berufsgruppen und Berufsarten untereinander und gipfelte für die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie im Jahre 1996 darin, dass seitens der Bundesregierung diese Leistungen als so genannte Gestaltungsleistungen aus dem verpflichtenden Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden sollten. Dadurch wurde die berufliche Existenz aller Therapeutengruppen bedroht.
Die in der Folge entstehende Diskussion über Qualitätssicherungskonzepte und Qualitätsmanagement, auch in der Sprachtherapie, beinhaltete neben dem Versuch, kostendämpfend in jeden Bereich des Gesundheitswesens hinein zu wirken, auch eine zunehmend an Akzeptanz und Bedeutung gewinnende Reflektion über die Sachangemessenheit und Evidenz einzelner sprachtherapeutischer Konzepte und Vorgehensweisen. Insbesondere jedoch wird die Notwendigkeit gesehen, Fakten über die Verläufe und Erfolge oder Misserfolge sprachtherapeutischer Interventionen zu evaluieren und zu interpretieren.

Auch im schulischen Bereich ergaben sich in dem hier betrachteten Zeitraum einschneidende Veränderungen. Der Ausbau der Sonderschulen wurde weiter voran getrieben, stagnierte jedoch etwa um das Jahr 1990 (vgl. Grohnfeldt 1995a, 219) und ist seit dieser Zeit in einigen Bundesländern rückläufig. Die Darstellung der im Beobachtungszeitraum stattfindenden bildungspolitischen Grundsatz-Diskussionen um Vor- oder Nachteile einer Beschulung sprachauffälliger Schülerinnen und Schüler an den Schulen für Sprachbehinderte, wie sie beispielsweise unter den Überschriften ‚Integration als Ziel' oder ‚Integration als Weg' zusammengefasst wurden (vgl. Welling 1997b, 991f.), ist im Rahmen dieser Arbeit nicht zu leisten und auch nicht erforderlich zur Beantwortung der Fragestellung.

7.1.1 Exkurs 1: Zur Umsatzsteuerproblematik bei Sprachheilpädagogen und einem geplanten Bundessprachtherapeutengesetz

Ein völlig außerhalb der Sprachheilpädagogik stehendes Problemfeld veränderte und stärkte das Bewusstsein und das Selbstbewusstsein der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung aktiven Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen zusätzlich, nachhaltig und dauerhaft und entfaltete darüber hinaus Wirkung auch im gesundheits- und bildungspolitischen System der Bundesrepublik Deutschland.

Seit Anfang der 90er Jahre hatten die Finanzbehörden erst einzelner Finanzamtsbezirke, dann einzelner Bundesländer und später bundesweit, Sprachheilpädagogen zur rückwirkenden und zukünftigen Entrichtung von Umsatzsteuerzahlungen aus den erwirtschafteten Umsätzen als Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld veranlagt und aufgefordert. Diese finanzrechtliche Entscheidung bedrohte den gesamten Berufsstand der mit dem Kostenträger Krankenkassen abrechnenden Sprachheilpädagogen und gefährdete existenziell die in diesem Bereich entstandenen Arbeitsplätze. Nach vielfältigen Ereignissen, die im Jahre 1994 zu einer Entscheidung des Deutschen Bundestages zu Gunsten der Sprachheilpädagogen geführt hatten, der schon 1989 durch die Anrufung des Petitionsausschusses eingeschaltet worden war, eskalierte die Situation in den Jahren 1996 und 1997 durch die Anordnung und Praxis der Finanzbehörden, die sofortige Vollstreckung der rückständigen und fälligen Umsatzsteuerzahlungen herbeizuführen.

In einer bislang beispiellosen Solidarisierungsaktion von klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen in der gesamten Bundesrepublik untereinander und der sämtliche Belastungen und Paradigmenkonflikte der Vergangenheit überspringenden Unterstützung durch die Sprachheilpädagogen in Schulen, in den Funktionsstellen der Verbände und an den Hochschulen gelang es, die Regierungsparteien zunächst 1998 in Bonn und erneut 1999 in Berlin davon zu überzeugen, fiskalische Gerechtigkeit durch neues Steuerrecht zu schaffen. Im Zusammenhang mit den davor erforderlichen Aktivitäten, insbesondere der Öffentlichkeitsarbeit, wurde der Berufstand der Sprachheilpädagogen in bisher unbekannter Intensität in das Zentrum der Aufmerksamkeit von Gesundheits-, Bildungs- und Finanzpolitik auf Landes- und Bundesebene gerückt.

Begleitet wurde dieser Versuch, die Sprachheilpädagogen ökonomisch ins Aus zu drängen und damit aus dem Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung zu treiben, von Initiativen einzelner Bundesländer, federführend von Nordrhein-Westfalen, die grundsätzliche Qualifikation von Sprachheilpädagogen für die Therapie von Sprachstörungen im außerschulischen Bereich in Frage zu stellen. In diesem Unterfangen wurde das Bundesland unterstützt vom Berufsverband der Logopäden. Es entwickelte sich u.a. eine in die Vergangenheit gerichtete Diskussion über die Wurzeln der Sprachtherapie in Deutschland, an deren vorläufigem Ende im September des Jahres 1998 die Entscheidung des Landes NRW stand, die rechtlich und berufspolitisch unbefriedigende Situation im Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung dadurch zu lösen, dass die Initiative zur Schaffung eines bundeseinheitlichen ‚Sprachtherapeutengesetz' ergriffen wurde.

Dies wäre eine einschneidende, das Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung aller Berufsgruppen betreffende Entscheidung, weil dadurch nicht nur die Sprachheilpädagogen auf rechtlich unangreifbare Füße gestellt würden, sondern auch die Logopäden ihr Ziel der Veränderung der qualifikatorischen Eingangsvoraussetzung zu ihrer Ausbildung und zu einem akademischen Ausbildungsniveau erreichen würden. Mit dem Versuch, durch ein solches Gesetz eine Harmonisierung der Berufslandschaft zu erreichen, ist das Ziel verbunden, die grundsätzliche Ausbildung aller Sprachtherapeuten in Deutschland auf akademischem Hochschulniveau sicherzustellen.

Die Folge dieser bis in das Jahr 2001 hinein wirkenden Entwicklung war ein aufeinander Zugehen der Berufsgruppen, insbesondere der Sprachheilpädagogen und der Logopäden. Nach einer nun 40jährigen wechselseitigen Diskriminierungs- und Belastungssituation ist unter einer zeitaktuellen Betrachtung eine für beide Berufsgruppen zufriedenstellende Perspektive entstanden, die gemeinsames Handeln erforderlich macht.
Ein im Jahre 1999 erstmals auf Initiative der Sprachheilpädagogen gemeinsam mit dem Logopädenverband verfasstes ‚Eckpunktepapier' über eine beiderseits gewünschte zukünftige akademische Ausbildungsstruktur und über die dieser Ausbildung zu Grunde gelegten Inhalte sowie ein unter den Berufsgruppen der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, der Klinischen Sprechwissenschaftler, der Klinischen Linguisten, der Logopäden und der Sprachheilpädagogen abgestimmtes und gemeinsam veröffentlichtes ‚Ausbildungsprofil' und ein ebensolches ‚Berufsprofil' markieren einen paradigmatischen Wendepunkt für die Zukunft des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes aus Sicht der dort tätigen unterschiedlichen Berufsgruppen.

7.2 Chronologie der Entwicklungen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld von 1975 bis 1990

7.2.1 1975

Die im vorangegangenen Zeitraum dargestellte Dynamik des Ausbaus klinisch-therapeutischer Handlungsfelder setzte sich fort. Bereits **1975** hatte die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen den verstärkten Bedarf an außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen bestätigt (vgl. Landtag NRW, 1975) und die Nachfrage nach hauptberuflich sprachtherapeutisch arbeitenden Sprachheilpädagogen wuchs enorm. Die in dem Stellenmarkt der Zeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' veröffentlichten Stellenangebote nahmen einen immer größeren Platz des Gesamtheftes ein und längst nicht alle angebotenen Arbeitsplätze konnten besetzt werden. Beispielsweise war dem niedersächsischen Sprachheilzentrum Werscherberg eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für ‚Sprachtherapeutische Assistenten' angegliedert. Die Ev. Fachhochschule Hannover erkannte den Fachkräftemangel und bot unter Hinweis auf die nicht den Bedarf deckenden Ausbildungskapazitäten in Werscherberg eine staatlich **nicht** anerkannte „Zusatzausbildung für Sprachheilpädagogik" an (dgs-Nachrichten 1975, 97). Die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung und das angestrebte Arbeitsfeld wurden dargestellt: „... es fehlen qualifiziert ausgebildete Fachkräfte in außerklinischen Einrichtungen für Sprachbehinderte (für die Klinik wird die Logopädin ausgebildet), wie z.B. in Sprachheilkindergärten, in Einrichtungen für Körperbehinderte, für Geistigbehinderte und in den stationären Sprachheileinrichtungen" (dgs-Nachrichten 1975, 97). Die für diese Zusatzausbildung zulassungsfähigen Berufe waren so breit gestreut (von Sozialarbeitern über Kinderkrankenschwestern bis zu Jugendleitern), dass deutlich wird, welches Problem bei der Versorgung Sprachbehinderter auftrat: Einem durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz seit 1974 formal bestehenden Rechtsanspruch auf Sprachtherapie stand auf Seiten der Fachkräfte zu wenig Personal gegenüber. Es wurde versucht, den entstandenen Bedarf auch mit Nicht-Logopäden und Nicht-Sprachheilpädagogen zu decken. Hierin besteht ein Grund – vermutlich der entscheidende – für die Aufsplitterung des westdeutschen außerschulischen Sprachheilwesens in über ein Dutzend sprachtherapeutische Berufsgruppen (vgl. Breuer 1994, 96).

Unterstrichen wurden die Engpässe bei der Versorgung Sprachbehinderter auch aus Sicht der Krankenkassen. So teilte ein Vertreter der hessischen AOK im November 1975 der dgs-Landesgruppe Hessen auf einer ihrer Fortbildungstagungen mit, dass man für die „Versorgung noch sehr viele therapeutisch Tätige“ (dgs-Nachrichten 1976, 28) benötige, die aber in absehbarer Zeit wohl nicht ausreichend zur Verfügung stünden. Arno Schulze, mittlerweile Landesvorsitzender der dgs Hessen, versprach daraufhin die, Ausbildungskapazitäten an ‚seiner’ Universität Marburg zu erhöhen.

Für den Bereich der Phoniatrie wird in diesem Jahr ein lange bestehendes Ziel, die Schaffung eines eigenständigen Facharztes für Phoniatrie und Pädaudiologie (nicht mehr nur die Erteilung einer Zusatzbezeichnung ‚Phoniatrie’ für Hals-, Nasen- Ohrenärzte), nochmals formuliert. „In der Besprechung mit den Fachvertretern der Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde wurde Übereinstimmung darüber erzielt, dass für das Teilgebiet Phoniatrie und Logopädie langfristig an allen Hochschulkliniken besondere Lehrstühle mit Abteilungen eingerichtet werden sollten“ (Landtag NRW, 1975)

7.2.2 1976

Die weitgehende Verlagerung der Kostenträgerschaft für Sprachtherapien von den Sozialhilfeträgern zu den Krankenversicherungen hatte auch Konsequenzen für gewachsene Strukturen der ambulanten Sprachheilversorgung. In Westfalen-Lippe, dem nordrhein-westfälischen Landesteil in dem erstmalig und einmalig nach dem Kriege die ambulante und stationäre Sprachheilfürsorge einem System schulischer Förderung in Sprachheilschulen vorgezogen worden war, fand im Juni **1976** eine Fortbildungstagung der Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen statt. In der Zusammenfassung für die ‚Sprachheilarbeit’ heißt es: „Zum ersten Mal seit 26 Jahren stand die Fortbildungstagung ... unter dem Vorsitz des neu gewählten Sprachheilbeauftragten. [...] Während Herr Wallrabenstein sein Amt als hauptamtlicher Sprachheilbeauftragter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wahrnahm, verrichtet der neue Vorsitzende diese Arbeit im Nebenamt. Diese Veränderung ist mit dem Wechsel der Kostenträger in der ambulanten Sprachheilarbeit verbunden. Weit mehr als bisher sollen die Krankenkassen als Kostenträger für die ambulante Sprachheilarbeit herangezogen werden“ (dgs-Nachrichten 1976, 128).

Damit einher ging für Westfalen-Lippe der erstmalige Aufbau von Sprachheilschulen. „Die Tatsache, dass nun auch in Westfalen-Lippe Sprachheilschulen...im Entstehen sind, macht eine Satzungsänderung der Arbeitsgemeinschaft erforderlich“ (dgs-Nachrichten 1976, 129).

Der rote Faden, der die Diskussionsverläufe zwischen Medizin und Sprachheilpädagogik verbindet, nämlich die Frage, ob Sprachstörungen medizinischer **oder** pädagogischer Interventionen bedürfen, reißt auch in diesem Jahr nicht ab. Im Anschluss an ein Referat von Knura auf dem Kongress 1976 in Nürnberg wird intensiv die Frage erörtert, ob eine Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen überhaupt und unter wessen Verantwortung durchzuführen sei, wenn periphere Hörstörungen nicht ausgeschlossen oder festgestellt wurden (dgs 1977b, 15 ff). Und im Nachgang zu einem Kongressbeitrag von Lempp hält der Protokollant die Diskussion fest: „Die folgenden Probleme wurden diskutiert; sie konnten aber letztlich nicht geklärt werden: Gehört die Behandlung von Dyslalien zum medizinischen oder zum pädagogischen Bereich? Im Hinblick auf die Erstattung von Behandlungskosten durch die Krankenkassen wäre eine Entscheidung wichtig gewesen, da eine sehr unterschiedliche Handhabung in den verschiedenen Bundesländern festzustellen und eine Vereinheitlichung im Interesse der Sprachbehinderten geboten ist“ (dgs 1977c, 26; vgl. auch dgs 1977a). *Welch naiver Wunsch nach einer eindeutigen Beantwortung und Beendigung dieser, bereits über Jahrzehnte geführten, Diskussion (vgl. Kap. 5 und 6).*

7.2.3 1977

Ein besonders bedeutsames und daher ausgiebiger zu schilderndes Jahr sollte folgen.

Der expandierenden Entwicklung im Sprachheilwesen trugen im Jahre **1977** die Lehrenden des Faches Sprachbehindertenpädagogik durch die Gründung der ‚Ständigen Dozentenkonferenz’ im Januar in Mainz Rechnung. Als ihre Aufgaben sah die Dozentenkonferenz, der später ebenfalls Professorinnen und Professoren sowie Mitglieder des universitären ‚Mittelbaus’ aus Österreich und der Schweiz beitraten, neben der Öffentlichkeitsarbeit die „Information der Mitglieder über alle im Zusammenhang mit Forschung und Lehre anstehenden Fragen sowie deren Diskussion und weitest mögliche Koordination" (Werner 1977, 61) an. Ein zentrales Thema dieser zweiten, auf eine Initiative von Prof. Orthmann zurückgehenden Zusammenkunft stellten „Erörterungen zum Berufsfeld von Diplompädagogen" dar, denen sich „ein intensiver Meinungsaustausch zum Verhältnis von Logopäden als med. Hilfsberuf einerseits und Sprachbehindertenpädagogen andererseits" (Werner 1977, 61) anschloss. Es „... wurde mit großem Bedauern festgestellt, daß in dem sich tangierenden Arbeitsfeld von Logopäden und Sprachbehindertenpädagogen, in der sprachtherapeutischen Ambulanz, die Sprachbehindertenpädagogen inzwischen teilweise keine Möglichkeiten mehr haben, ihre Leistungen bei Krankenkassen zu liquidieren. Dies bedeutet eine nicht unerhebliche Schlechterstellung der Pädagogen gegenüber den Logopäden" (Werner 1977, 61).

An diesem Punkt erscheinen die Probleme der Sprachbehindertenpädagogik dieser Zeit im und mit dem Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung und -rehabilitation überdeutlich. Seitens der Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik wird ‚bedauert', dass Sprachheilpädagogen aus dem Arbeitsfeld der ambulanten sprachtherapeutischen Versorgung verdrängt werden. In der gleichen Fachzeitschrift hält jedoch im gleichen Jahr, sogar in der gleichen Ausgabe (!) der **Vorsitzende** dieser Dozentenkonferenz, Orthmann, in einem Grundsatzartikel mit dem Titel ‚Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik', ein leidenschaftliches Plädoyer gegen eine medizinisch-logopädische Betrachtung von Sprachstörungen (vgl. Orthmann 1977, 37ff) – dies schafft eine widersprüchliche Situation. Sie spitzt sich noch einmal zu, wenn zusätzlich zwölf Heftseiten später die Krankenkassen aufgefordert werden, sprachtherapeutische Leistungen von Sprachheilpädagogen zu erstatten (vgl. Werner 1977).

Es ist aus einer heutigen Sicht unverständlich, wie der Aussage: „Symptombeseitigung im Rahmen isolierter Sprachtherapie ... bedarf aber durchaus nicht des umfassend pädagogisch ausgebildeten Lehrers" (Orthmann 1977, 40) die Forderung der Dozentenkonferenz folgen kann, die sprachtherapeutische Ambulanz, die ja in die-

sem Verständnis gerade ‚Symptombeseitigung im Rahmen isolierter Sprachtherapie' betreibt, den Sprachheilpädagogen nicht zu verschließen (vgl. Werner 1977, 61).
Nicht erst aus einer zeitlichen Distanz tritt die Widersprüchlichkeit der Forderungen der Dozentenkonferenz in den Vordergrund. Noch im gleichen Jahr warnt eine sprachheilpädagogische Mitarbeiterin der AOK in Essen unter Bezugnahme auf den Bericht von Werner über die Dozentenkonferenz, dass „die Betonung seiner [des Sprachbehindertenlehrers] pädagogischen Arbeit dazu führt, daß manche Krankenkassen die Kosten für seine Leistungen nicht übernehmen, denn,... es kann nicht Aufgabe der Krankenkasse sein, pädagogische Maßnahmen zu gewährleisten' [zitiert sie einen Krankenkassenvertreter]" (Tigges-Zuzock 1977, 127). Klar und deutlich fordert sie in der ‚Sprachheilarbeit', „... nicht nur den pädagogischen, sondern auch den medizinisch-psychologischen Aspekt seiner [des Sprachheilpädagogen] Arbeit und Ausbildung mehr in den Vordergrund zu stellen, welche ... selbstverständlich die gesamte Sprachpathologie nebst Therapie umfasst" (Tigges-Zuzock 1977, 127).

Es ist jedoch das ausdrückliche sprachheilpädagogische Credo, nicht nur des Dozentenkonferenzvorsitzenden Orthmann, dass alle „Ableitungen also von pädagogischen Handlungsfeldern gegenüber Sprachbehinderten ... immer nur verstanden sein können unter dem Aspekt der Erziehung, mithin unter dem erziehungswissenschaftlichen Denkansatz" (Orthmann 1977, 44) und darum ist dort „wo reine Therapie beheimatet ist... dieser Bereich dann klar abgehoben von Erziehungswissenschaft und Schule. Er ordnet sich den Heilberufen ein" (Orthmann 1977, 46). Dies sieht Orthmann und ebenso sehen dies auch die Krankenkassen.

Für dominant erziehungswissenschaftliche, pädagogische Aufgaben, wie sie in den Augen Orthmanns zweifelsfrei der Förderung Sprachbehinderter angemessen ist, erklärt sich die Krankenversicherung ebenso zweifelsfrei für nicht zuständig. Das müssen auch Orthmann und seine Kolleginnen und Kollegen gewusst haben. Forderungen an die Krankenversicherung und an den Gesetzgeber zu Gunsten der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen aktiv zu werden (im Zusammenhang mit dem in diesem Jahr zur Beratung in den Bundestag eingebrachten Logopädengesetz) wie sie die Dozentenkonferenz vorgebracht hatte, konnten einen nur aus-

schließlich appellativen, nachgerade Lippenbekenntnissen zuzuordnenden Charakter besitzen.

Geradezu burlesk gerät die Darstellung der weiteren Ereignisse dieses Jahres, wenn man den Einfluss der Sprachheilpädagogik auf das außerschulische Handlungsfeld und die wechselwirkenden Beziehungen zwischen beiden betrachtet.
Im Heft 3 dieses Jahrganges der Fachzeitschrift ‚Die Sprachheilarbeit' erscheint ein Aufsatz des Mainzer Professors Edmund Westrich, der die Attribuierung ‚historisch' verdient. Dies deshalb, weil exemplarisch ein Grundsatzkonflikt öffentlich thematisiert und expliziert wird, der für die nächsten zwei Jahrzehnte, sowohl für die Sprachheilpädagogik als auch für die Logopädie, handlungsprägend und -leitend gewirkt hat.

Unter der Überschrift „Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie" definiert Westrich Sprachstörungen als Störungen sprachlichen Erlebens und nicht als organisch-bedingte Störungen der Sprache (vgl. Westrich 1977, 75 u. 81). Der Sprachbehindertenpädagoge, der in der Folge seiner pädagogischen Grundorientierung den komplexeren Erklärungs- und Förderansatz besitzt, ist somit und im Unterschied zu symptomtherapeutisch arbeitenden Logopäden „...kein Speech-Therapist, sondern ein Language-Instructor [wo ist aber andererseits der Unterschied zum ‚Fremdsprachen-Lehrer'? V.M.]" (Westrich 1977, 80). In Argumentation und Diktion konfrontativ und pointiert gegenüber der Logopädie und einem phoniatrisch-medizinischen Verständnis von Sprachstörungen, charakterisiert er die Unterschiede von Konzepten und Handlungen logopädischer und sprachheilpädagogischer Interventionen bei Menschen mit Sprachstörungen und fasst abschließend zusammen: „Der Unterschied zwischen Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie ergibt sich also aus der Bewertung des Sprachlichen, bzw. der Bewertung für die Bedingungen bei sprachlichen Unzulänglichkeiten. Daß bei einer logopädischen Behandlung auch Erfolge erzielt werden, sollte nicht länger ein Grund sein, die sprachlichen Behinderungen als von ihren Trägern isolierte Defekte anzusehen. Der Sprachbehinderte benötigt den Sprachbehindertenpädagogen, da nur er die personalen Defizite behinderungsadäquat beheben, die Sprache als Bildungsgut fundieren und zur Sprachlichkeit zu erziehen vermag“ (Westrich 1977, 86).

Es bedarf nur geringer Phantasie um zu antizipieren, dass die Reaktionen von Seiten der Phoniatrie und Logopädie auf diesen Ausschließlichkeitsanspruch sprachheilpädagogischer Zuständigkeit für Sprachstörungen heftig und zeitnah erfolgten, implizierten die Aussagen Westrichs doch eine permanente Verletzung von Körper und Geist des sprachbehinderten Menschen, durch das Wesen der Sprachstörungen verkennende logopädische Maßnahmen. Sprache war im Verständnis Westrichs Bildungsgut und nicht ein funktionsgestörtes Objekt logopädisch dilettierender Heilungsversuche.

Bereits im gleichen Jahr erhielten der Vorsitzende des Verbandes der Phoniater, Biesalski, sowie die Vorsitzende des Logopädenverbandes, Breuer, die Gelegenheit, ihre Stellungnahmen in der ‚Sprachheilarbeit' abzugeben. ‚Offiziell' bemühten sich beide um Schadensbegrenzung, indem sie zwar sehr deutliche Worte gegen die ausgrenzenden Argumente und Aussagen Westrichs fanden, die Bedeutung von Gemeinsamkeiten zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden aber betonten. So schließt Biesalski seine Entgegnung zu Westrich, die im Übrigen zweifach von persönlichen Betroffenheiten geprägt sein musste, da zum einen seine Tochter im Jahr zuvor die Logopädenprüfung an der von ihm geleiteten Logopädenlehranstalt in Mainz abgelegt hatte (vgl. die Zeitschrift „Sprache, Stimme, Gehör“ 6/1982, 31) und zum zweiten sein professoraler Kollege Westrich Logopädenschüler aus Vorlesungen der Sprachbehindertenpädagogik ausgeschlossen hatte (Biesalski 1977, 156), mit den Worten: „Ich meine, daß man die therapeutische Betreuung eines sprachgestörten Kindes, sei es aus logopädischer, sei es aus sprachheilpädagogischer Sicht nicht zu einem unumstößlichen Berufsprinzip, gleichsam zu einer Weltanschauung, machen sollte“ (Biesalski 1977, 158).

Breuer stellt für die Logopäden fest, dass das Verhältnis zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen zunehmend problematisch zu werden scheine, bekräftigt aber ihre Absicht, trotz der „aggressiven und disqualifizierenden Äußerungen“ (Breuer 1977, 158) weiterhin zusammenzuarbeiten.

Die Berufsgruppen der Phoniater, der Logopäden und der Sprachheilpädagogen trafen zu klärenden Gesprächen, mit dem Ziel gemeinsame Positionen zu finden, im Dezember 1977 in Hannover zusammen (vgl. Becker/Braun 2000, 311), eine ursprünglich zeitnah geplante Fortsetzung dieser Kommissionssitzungen fand erst 1979 statt. Die Versuche der Vermittlung und Harmonisierung der Berufsgruppen müssen letztlich als gescheitert angesehen werden.

Bevor auf die sprachheilpädagogische Argumentation von Westrich die soeben geschilderte phoniatrische und logopädische Antwort erfolgte, ergriff, ebenfalls in Heft 3 der ‚Sprachheilarbeit’ des Jahres 1977, noch Teumer das Wort und berichtete, informierend und kommentierend, über die ‚Ablehnung der Kostenübernahme durch Krankenkassen’ (vgl. Teumer 1977, 96f.).

7.2.3.1 Exkurs 2: Zur ‚Pädagogisierung’ der ambulanten Sprachtherapie

Innerhalb von drei Monaten äußerte sich damit neben der Dozentenkonferenz, der dritte Hochschullehrer (neben Orthmann und Westrich) öffentlich in der Fachzeitschrift der Sprachheilpädagogen zu Fragen des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes der Sprachförderung und zu den Aufgaben und Problemen der dort tätigen Sprachheilpädagogen. Dies stellt bei der historischen Betrachtung des außerschulischen Handlungsfeldes, eine bislang einmalige Situation in der Geschichte der Sprachheilpädagogik dar. Hatte doch in der Vergangenheit dieser Arbeitsbereich in der Wahrnehmung und Beschäftigung der Wissenschaftler dieses Faches eine deutlich randständige Rolle gespielt. Fand ein konzertierter Versuch der Lehrenden zur Pädagogisierung der ambulanten Sprachtherapie statt?

Die AOK und die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) hatten Anträge von Sprachheilpädagogen auf Erstattung sprachtherapeutischer Leistungen im Rahmen der Sprachheilfürsorge abgelehnt[1]. Die Begründung der Ablehnung zitiert Teumer aus einem Schreiben der Krankenkassen ohne Datum, beispielhaft und im Wortlaut: „Die Dyslalie fällt unter die Sprachstörungen, die sprachpädagogische Maßnahmen erfordern. Die Behebung der Sprachstörungen, die sprachpädagogische Maßnahmen erforderlich machen, bewirkt keine Leistungspflicht der Krankenkassen“ (zit. n. Teumer 1977, 96).
Die beständige Vorstellung und Forderung, nach pädagogischen und medizinischen Ursachen und resultierenden Maßnahmen im Bereich der Sprachstörungen klassifizieren zu können und zu wollen, wird hier unter ausschließlichen Kostenaspekten, diesmal von Krankenkassenseite, dargelegt. Zu den Sprachstörungen, die keine Leistungspflicht der Krankenkassen auslösten, so die AOK und die LKK, gehören Dysgrammatismus, Dyslalie, Sprachentwicklungsstörungen, Poltern usf. (vgl. Teumer 1977, 96). Teumer kommentiert diesen abermaligen Versuch, Uneindeutiges als etwas Eindeutiges zu behaupten und dabei scheinbar willkürlichen Setzungen zu folgen, seinerseits: „Ist hier nicht endlich der Punkt erreicht – und dies ist die positive Seite des ‚Kostendämpfungsprogramms’ einiger Krankenkassen –, die pädagogische Dimension von **Sprachstörung** in Abhebung vom Krankheitsbegriff zu entfalten und Früherfassung wie -behandlung **der pädagogischen (= kultusministeriellen) Zuständigkeit und Verantwortung zuzuführen ?** [Hervorhebungen V.M.]“ (Teumer 1977, 97).

*So plausibel, sachlogisch und in den eigenen Reihen der Zustimmung gewiss die sprachbehinderten**pädagogische** Antwort auf die medizinisch-ökonomische Krankenkassenlogik auch erscheinen mag, so verkennt sie doch*

[1] Bis zum Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und erst einzelnen Sprachheilpädagogen später mit dem Verband der Sprachheilpädagogen, bestand der übliche Weg der Durchführung von Sprachtherapien im ambulanten System darin, einen ‚Antrag auf Kostenübernahme’ an die Krankenkasse des Versicherten zu senden. Dort wurde das dem Antrag beiliegende Rezept des verordnenden Arztes geprüft und auf einem Formblatt dem beantragenden Sprachheilpädagogen die Kostenübernahme bestätigt. Diese ‚Abstempelung’ der von Nicht-Logopäden erbrachten sprachtherapeutischen Leistungen erfolgte bis zum Beginn der 90er Jahre relativ problemlos und

völlig die existierenden rechtlichen, ökonomischen und sozialpolitischen Grundlagen und Rahmenbedingungen klinisch-therapeutischer Sprachförderung und -rehabilitation, wie sie in dieser Zeit (und zukünftig) in West-Deutschland bestehen (vgl. Kapitel 6.1.3.).

Das Beziehen eines konsequent pädagogischen Standpunktes, wie dies die Hochschullehrer Orthmann, Westrich, Teumer und die Dozentenkonferenz 1977 dokumentieren, richtet die Sprachheilpädagogik als universitäres Fach weit entfernt von der gesundheits- und berufspolitischen Wirklichkeit in einer kommoden Ecke eines wissenschaftlichen Elfenbeinturmes ein. Aussagen, wie sie beispielhaft Teumer auch fast zwanzig Jahre später noch darlegt, verdeutlichen dieses Verständnis des Faches und seiner Bezüge zur Realität nachhaltig: „Die Universitäten ... sind nicht Erfüllungsinstanzen politischer oder gesellschaftlicher Vorgaben, nicht verlängerter Arm von Parteien, Betrieben, Behörden, Verbänden (nicht einmal der dgs!)"(Teumer 1995b, 311). Eine Auffassung, die zu vertreten durchaus legitim ist und die dem Humboldtschen Bildungsideal auch am Vorabend des 21. Jahrhunderts eine durchaus verdiente Ehre erwies, die aber dennoch nicht wissenschaftlich genannt werden kann, wenn zu einem Verständnis wissenschaftlich begründeten Handelns die zuvor erfolgte Analyse der Bedingungen eben diesen Handelns zählt, mithin die theoriegeleitete Interpretation und Beschreibung der für den Wissenschafts- und Forschungsbereich relevanten internen und externen Bezüge vorgenommen wurde. Das 1977 formulierte Ziel, klinisch-therapeutische Handlungsfelder weiterhin für Sprachheilpädagogen zu beanspruchen und vor ‚Willkürmaßnahmen' des Gesundheitssystems zu bewahren, verlangte jedoch zuerst die Kenntnis und Analyse der in diesem Bereich bestehenden Handlungsprinzipien. Diese waren formal und politisch festgelegt: Das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 hatte die Leistungspflicht bei Sprachstörungen festgeschrieben und diese in die Zuständigkeit der Krankenkassen gegeben; der Deutsche Bundestag beriet mit Zustimmung aller dort vertretenen Parteien in diesem Jahr über das seit zwei Jahren vor-

---

sicherte den gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsauftrag der Krankenkassen bei nicht ausreichender Versorgung mit ‚zugelassenen Behandlern'.

bereitete Logopädengesetz und dieses wäre Makulatur gewesen, hätte man Teumers Vorschlag aufgegriffen.

Ein wissenschaftliches Fach, welches sich dieser Analyse existierender Fakten verweigert, verweigert sich auch der Reflektion über die Bedingungen der von ihm entwickelten sprachbehindertenpädagogischen, möglicherweise sprachbehinderungsspezifischen Konzepte, da deren Realisierungen eben nur in dem Bedingungsgefüge einer äußeren, außerhalb des Faches liegenden Wirklichkeit zu erproben und umzusetzen sind. Sprachheilpädagogik, auch in einem abstrakt wissenschaftstheoretischen Sinne, wird immer anwendungsbezogene Betrachtungen ihres Gegenstandes in den Mittelpunkt von Theorie und Forschung stellen müssen, weil sie am Gegenstand Sprachbehinderung und Sprachbehinderter ihre Theorien entwickeln und hinterfragen muss. Darin unterscheidet sie sich fundamental beispielsweise von der Linguistik, die auch (aber eben nicht nur) anwendungsbezogene Daten erhebt und evaluiert, aber ebenso allgemein gültige sprachwissenschaftliche Regelhaftigkeiten oder Prinzipien formulieren kann. In einem so verstandenen Sinne ist die Sprachbehindertenpädagogik keine Grundlagenwissenschaft, sondern eine anwendungsbezogene Disziplin. Ein Fachverständnis, wie es Teumer, Orthmann, Westrich und andere dargestellt und vermittelt haben, kann einem solchen Wissenschaftsverständnis nicht entsprechen und lässt in der Folge den zu beschreibenden Gegenstand unbeschrieben, ergo unerkannt, weil die diesen Gegenstand determinierenden Bedingungen als nicht erkennenswürdig, randständig betrachtet wurden oder gänzlich außer Acht blieben.

Die für den außerschulischen Bereich belastende, gleichsam verheerende Konsequenz einer von den fachwissenschaftlichen Vertretern 1977 eingenommenen und im Konflikt mit Phoniatern und Logopäden behaupteten ausschließlich pädagogisch-erziehungswissenschaftlichen Position der Sprachbehindertenpädagogik bestand in dieser ‚Ausblendung' der sozial- und gesundheitspolitischen Realitäten, so dass deren Stimme in den für den außerschulischen Bereich relevanten Gremien und Institutionen nicht mehr *oder zunehmend weniger gehört wurde. Im Kern hatte sich die deutsche Sprachheilpädagogik mit der geballten öffentlichen und eindeutigen sonderpädagogischen Präsenz, wie sie in der ‚Sprachheilarbeit' gezeigt worden war, vielleicht unfreiwillig, aber dennoch faktisch, aus dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation zurückgezogen und das Feld der Logopädie und Medizin/Phoniatrie überlassen. Weil die Auswirkungen eines veränderten Zuständigkeits- und Kostenverteilungsprinzips, wie es das Rehabilitationsangleichungsgesetz 1974 geschaffen hatte, dramatisch unterschätzt oder bewusst ignoriert wurden, blieben die fachinternen Reflektionen über Aufgaben und Zuständigkeiten von Sprachheilpädagogen beispielsweise im Unterschied zu Logopäden, genau dort: fachintern, mit negativen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.*

Abermals in der ‚Sprachheilarbeit' wurde auf die ‚Mitteilungen des Deutschen Städtetages' hingewiesen, in denen es hieß: „Ärzte und Pädagogen stimmten überein, daß die ambulante Sprachtherapie weiter Vorrang haben müsse. Sie [die Therapie] sollte deshalb so frühzeitig wie möglich in ambulanter Form erfolgen und bereits im Vorschulalter einsetzen" (dgs-Nachrichten 1977, 127). Dies ist ein neuerlicher Beleg für die öffentliche Bedeutung ambulanter Sprachtherapie.

Mit der Drucksache 8/741 wurde am 8.7.1977 in den Deutschen Bundestag der Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Logopäden eingebracht (Deutscher Bundestag 1977, 8/741). In Kenntnis dieser Tatsache mag die Suche nach einer Erklärung für die Intensität, Ausgiebigkeit und Heftigkeit, mit der in diesem Jahr die Diskussionen zwischen der Logopädie und der Sprachheilpädagogik geradezu eruptierten, erleichtert werden.

7.2.4 1978

Nach den strukturellen und berufspolitischen Wegweisungen des vorangegangenen Jahres bleibt aus dem Jahr **1978** berichtenswert, dass die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik auf dem in Hannover durchgeführten Kongress erstmals „Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen“ in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt hatte und damit die Bedeutung sozialwissenschaftlicher und sozialisationsspezifischer Phänomene für die Entwicklung der Sprache und der Sprachstörungen auch in der Sprachheilpädagogik stärker gewichtet wurden (Vgl. dgs 1979). Grohnfeldt wies in seinem Eröffnungsreferat des Kongresses darauf hin und stellte fest: „Die Bedeutung psychosozialer Aspekte bei Sprachbehinderten wird erst in neueren Forschungsprojekten betont“ (Grohnfeldt 1979, 9). Er kommt zu dem Schluss, dass Sprachstörungen „... durch erschwerte Umweltbedingungen mitverursacht bzw. verstärkt werden können“ (Grohnfeldt 1979, 17). Eine deutliche Orientierung auf sozialdeterministische Konzepte des Verständnisses der Bedingungsgefüge von Sprachstörungen und der bestmöglichen Förderangebote für sprachauffällige Menschen folgte diesem Kongress. War es ein erweitertes Verständnis, gesamtgesellschaftliche Bedingungen stärker beachten zu sollen und die berufliche Realität der Sprachheilpädagogen den Aufgabenfeldern der Deutschen Gesellschaft doch zuzuordnen, dass in diesem Jahr erstmals ein Referent für Berufsfragen in den Vorstand gewählt wurde? Das gewählte Mitglied aus der Landesgruppe Berlin hieß Kurt Bielfeld. Dieser leitet seit 1987 die Geschicke der dgs als 1.Vorsitzender und trug in dieser Funktion wesentlich dazu bei, dass die Interessen der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen ab Ende der 80er Jahre sehr viel nachhaltiger und erfolgreicher von Seiten des Verbandes der Sprachheilpädagogen vertreten wurden.

Am 8. April gründet sich der Berufsverband der ‚Sprachtherapeutischen Assistenten’ in Werscherberg. Dadurch wird die seit 1963 bestehende niedersächsische Sonderausbildung zusätzlich etabliert und gestärkt.

7.2.5 1979

Auf der Hauptvorstandssitzung der dgs berichtete der Vorsitzende über das Gesprächsergebnis einer gemeinsamen Sitzung von Phoniatern, Logopäden und

Sprachheilpädagogen. Es sei beabsichtigt, ein „... gemeinsames Papier mit dem vorläufigen Arbeitstitel ‚Grundlagen rehabilitativen Handelns bei Kommunikationsgestörten zu erstellen“ (Hahn 1979, 162). Diese Gemeinsamkeiten der Berufe bedeuteten für die Sprachheilpädagogen allerdings keine Reduzierung ihrer Probleme bei der Krankenkassenanerkennung und im klinisch-therapeutischen Arbeitsfeld. Zum einen mussten „... Schriftwechsel mit den Krankenkassen [und] Gespräche geführt werden, um eine Zulassung der Sprachbehindertenpädagogen zu erwirken“ (Hahn 1979, 162) und zum anderen wurde, gemeinsam mit den Logopäden, versucht, die „Begutachtungsanleitung bei Stimm- und Sprachstörungen“ zu überarbeiten.

7.2.5.1 Exkurs 3: Die ‚Begutachtungsanleitung bei Stimm- und Sprachstörungen’

In dieser Begutachtungsanleitung, die von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung herausgegeben wurde, sollten Indikationen zur Verordnung und die maximale Therapiedauer bei einzelnen Sprachstörungen zur Orientierung für den verordnenden Arzt und die örtlichen Krankenkassen festgelegt werden. Vor allem wurde in dieser ‚Anleitung’ deutlich gemacht, dass ausschließlich der Kassenarzt Sprachtherapien verordnen konnte und welche Berufsgruppen Sprachtherapien zu Lasten der Krankenversicherungen durchführen durften. In der ersten Fassung wurde eine Systematik festgelegt, die in nahezu unveränderter Form bis zur grundsätzlichen Neugestaltung der Heilmittelerbringung im Gesundheitsstrukturgesetz 1989, also rund ein Jahrzehnt Gültigkeit besaß. „Die Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen ist die Aufgabe von [–] HNO-Ärzten mit der Teilgebietsbezeichnung ‚Phoniatrie-Pädaudiologie’ [und von –] staatlich anerkannten Logopäden“ (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 7). An diesem Punkt endete der erste Abschnitt, und alle anderen Behandler von Sprachstörungen wurden als ‚nachrangige Behandler’ bezeichnet. Nur dann, wenn Ärzte oder Logopäden (später auch die ‚Sprachtherapeutischen Assistenten’, die in Niedersachsen ausgebildet wurden) ausdrücklich „... nicht zur Verfügung stehen, kommen die folgenden Berufsgruppen in Betracht“ (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 7). Sonderschullehrer mit dem Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik und Diplom-Pädagogen mit gleichem Schwerpunkt kamen nur dann als ‚nachrangige Behandler’ in Betracht, „sofern diese Berufsgruppen nach einer abgeschlossenen Fachausbildung eine mindestens 5jährige therapeutische Tätigkeit mit Sprachbehinderten nachgewiesen haben“ (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 8). Damit waren Sprachheilpädagogen faktisch von der ambulanten Sprachtherapie ausgeschlossen.

Dies ist ein Dokument für die Ungleichzeitigkeit der Entwicklung im westdeutschen außerschulischen Sprachheilsystem. Einerseits sollte der Versorgungspflicht der Krankenversicherung ausschließlich mit Phoniatern und Logopäden nachgekommen werden, andererseits standen nicht annähernd ausreichend viele Logopäden für die sprachtherapeutische Arbeit zur Verfügung. Das war den Verfassern dieser ‚Anleitung’ durchaus bewusst und daher ist diese Broschüre, die großen Einfluss auf die klinisch-therapeutische Sprachförderung und Rehabilitation ausgeübt hat, als ein gesundheits- und vor allem berufspolitisches Werk zu verstehen. Diese Auffassung wird plausibel, wenn die Autoren von der ersten bis zur letzten Auflage angeschaut werden: „Autoren der 1. Auflage der Begutachtungsanleitung waren Herr Prof. Dr. med. P. Biesalski (Mainz) und Herr Ltd. Medizinaldirektor Dr. med. K.-Ph. Mayer (Speyer), die auch die 2. und 3. Auflage betreuten“ (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 4). Die 4. und letzte Auflage im Jahr 1988 betreuten darüber hinaus die Phoniater Heinemann und Johannsen (vgl. AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1988).

Es bedarf keiner interpretativen Anstrengung zu vermuten, dass die Sprachheilpädagogen mit Hilfe dieses für die Krankenkassen maßgeblichen Instrumentariums der ‚Begutachtungsanleitung’ von den Phoniatern, in personam *von ihrem Vorsitzenden Biesalski, eine,Antwort' erhalten auf das aus phoniatrischer Sicht unbotmäßige Verhalten in den zurückliegenden Jahren und insbesondere für die von Westrich u. a. geführte offensive Auseinandersetzung mit der Logopädie aus einer pädagogischen Perspektive. Die Ausgrenzung der Sprachheilpädagogen aus dieser ‚Begutachtungsanleitung', die nicht den formalen Charakter und auch nicht die justitiablen Eigenschaften einer gesundheitsrechtlichen Verordnung oder eines Erlasses besaß, aber für die Ärzte und vor allem die Krankenkassen vor Ort die Handlungsorientierung gab, stellte hohe Hürden für diejenigen Sprachheilpädagogen auf, die ihre berufliche Perspektive im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld sahen.*

Wollten Sprachheilpädagogen die Anerkennung der Krankenversicherung zu Durchführung von Sprachtherapien erhalten, so musste, laut Begutachtungsanleitung, zwingend deren Qualifikation überprüft werden. „Es ist zudem erforderlich, daß in Abstimmung mit den aufgeführten Institutionen die Eignung dieser Personen vor dem Abschluss von Verträgen mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung festgestellt wird" (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 8). Geeignet zur Überprüfung waren ausschließlich „Phoniatrische Institutionen die für gutachterliche Äußerungen zur Eignung der ... aufgeführten Berufsgruppen ... zur Verfügung stehen" (AG für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung 1982, 41). Das klinisch-therapeutische Handlungsfeld von Sprachheilpädagogen im Bereich freiberuflich geführter sprachtherapeutischer Praxen wurde damit ausschließlich von Phoniatern und den Krankenkassen kontrolliert.

7.2.6 1980

In diesem Jahr trat, nach langen und streitigen Auseinandersetzungen der sprachtherapeutischen Berufsgruppen untereinander, aber gerade auch der Logopäden mit Gesundheits- und Bildungspolitikern aller Parteien um die Eingangsqualifikation zukünftiger Logopäden (vgl. hierzu Macha-Krau 1994, 18), das Logopädengesetz in Kraft. Zur rechtlichen Bewertung und zur Entstehungsgeschichte aus einer juristischen Perspektive gibt Gerrlich differenzierte Informationen (vgl. Gerrlich 2000, 313 f.). Für Sprachheilpädagogen sollte bedeutsam werden, dass der Deutsche Bundestag mit der Verabschiedung des Logopädengesetzes einen ‚Entschließungsantrag' einstimmig angenommen hatte, der besagte, „daß mit Inkrafttreten des Gesetzes über den Beruf des Logopäden nicht zugleich eine Entwicklung eingeleitet werden soll, die den Logopäden verwandten Berufsgruppen aus dem Gesamtbereich der Therapie von Stimm-, Sprach- und Hörstörungen verdrängt" (Deutscher Bundestag 1980, 44/80).

Die dgs rief im Oktober des Jahres den ‚Ständigen Ausschuß für Berufsfragen' ins Leben, unterstützte damit erstmals sichtbar nach innen und nach außen die Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld und gab ihnen ein Forum zur Beschäftigung mit spezifischen Problemen im außerschulischen Arbeitsfeld.[2]

Durch die Studienstätten in Dortmund und Köln, an denen Diplom-Pädagogen mit dem Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik ausgebildet wurden, wurde Nordrhein-Westfalen, neben Niedersachsen, zu einem Zentrum der klinisch-therapeutischen Sprachförderung durch Sprachheilpädagogen. Dem trug beispielsweise die Landesgruppe Rheinland der dgs Rechnung, in dem der Vorstand dieses Landesverbandes auch berufliche Interessen der Mitglieder wahrnahm, so dass „... sich auch frei praktizierende Sprachheilpädagogen durch die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik angesprochen fühlten" (Heinrichs 1980, 237).

7.2.6.1 Exkurs 4: Braun/Homburg/Teumer: ‚Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten'

Im Oktober 1977 hatte der Hauptvorstand der dgs, unterstützt von einer gleichgesinnten Anregung der ‚Ständigen Dozentenkonferenz', erstmals einen

[2] Als der Verfasser dieser Arbeit im Oktober 1990 in das Amt des Vorsitzenden dieses Ausschusses gewählt wurde, übernahm er ca. einen Regalmeter Akten, die eindrucksvoll die Bemühungen von Sprachheilpädagogen dokumentierten, trotz der existierenden Rahmenbedingungen

‚Erziehungswissenschaftlichen Beirat' eingerichtet. Die Intention, die mit diesem Gremium seitens der Sprachheilpädagogen verbunden war, schildert Dohse: „Als weitere Unterstützung standespolitischer Belange war vorgesehen, daß der ... ‚Erziehungswissenschaftliche Beirat' zunächst Tätigkeitsmerkmale des Sprachheillehrers ermitteln sollte, um das Berufsbild des Sprachbehindertenpädagogen zu klären und von hier aus zugleich Ausbildungsinhalte und Ausbildungsformen zu bestimmen“ (Dohse 1978, 23). Eine richtungsweisende Entscheidung war damit getroffen worden, denn mit seinem 1980 vorgestellten Leitlinienpapier ‚Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten' trat der Beirat erstmals an die Fachöffentlichkeit. Die ihm angehörenden Hochschullehrer Braun (Berlin), Homburg (Bremen) und Teumer (Hamburg) hatten Bemerkenswertes geleistet (vgl. Braun/Homburg/Teumer1980).

Sie definierten aus der Perspektive der Sprachheilpädagogik deren Zielbereiche, Handlungsweisen, Handlungsfelder und Handlungskompetenzen. Dabei wurden unterschiedlich differenzierte und spezifizierte Aussagen gemacht zur sprachtherapeutischen Erziehung, zu sprachtherapeutischem Unterricht, der Sprachtherapie selbst, den Entwicklungs- und Lernphasen sprachauffälliger Kinder, den schulischen und außerschulischen (!) institutionellen Fördermöglichkeiten sowie zu den zukünftigen universitären Ausbildungsprofilen von Sprachheilpädagogen.
Als durchaus ‚elegant' mutet von einer sprachheilpädagogischen Warte aus der argumentative Einstieg in dieses Themenfeld an, der auch im Nachgang prompt Reaktionen der Phoniatrie und Logopädie auslöste und daher hier kurz vorgestellt werden soll. So erklärten die Autoren, nachdem sie erläutert hatten, traditionelle Begriffspaare und Gleichsetzungen wie Sprachbehindertenpädagogik und Sprachbehinderten**schul**pädagogik oder Sprachbehindertenpädagoge und Sprachheillehrer überwinden zu wollen, folgendes: „Demzufolge wird nachstehend mit dem Begriff Sprachbehindertenpädagoge nicht eine bestimmte Berufsgruppenzugehörigkeit verstanden. Gemäß diesem Beg-

Krankenkassenzulassungen zu erlangen und formale Anerkennungen für eine Arbeit im klinischriffsverständnis handelt derjenige als Sprachbehindertenpädagoge, in dessen Tätigkeit sprachbehindertenpädagogische Anteile enthalten sind“ (Braun/Homburg/Teumer 1980, 2). Da im Argumentationsverlauf die Aufgabe der Fachleute für Sprachförderung und Sprachrehabilitation in der Initiierung von (sprachlichen) Lernprozessen gesehen wird, auch im engeren sprachtherapeutischen Geschehen während einer Sprachtherapie, also auch außerhalb eines schulischen Betreuungsraumes, und jeder initiierte oder begleitete Lernprozess als pädagogisches Handeln verstanden wird, wird **jede** sprachfördernde Handlung und Inszenierung zu einer pädagogisch grundgelegten Maßnahme, sind in ihnen allen sprachbehinderten**pädagogische** Anteile enthalten, gibt es also nur noch Sprachbehindertenpädagogen in dem vorab definierten Sinn. Ergo ist die Zuständigkeit für das gesamte Geschehen stringent hergeleitet: es gehört in die Hand der Sprachbehindertenpädagogik. Dass Handlungen eines Pädagogen zu pädagogischen Handlungen erklärt werden, ‚nur’ weil der Pädagoge sie begeht, ist ein nicht unvertrautes Argumentationsschema in der allgemeinen Pädagogik. Das nun auch Handlungen von Dritten, Nicht-Pädagogen, dann zu pädagogischen Handlungen erklärt werden, wenn und weil der Pädagoge sie als pädagogisch erkennt und diese Handelnden dann definitorisch zu Pädagogen werden, ist eine sprachheilpädagogische Anreicherung der Argumentationskette.

Wenn die Autoren einleitend bemerkt hatten, der vorliegende Beitrag ziele auf „... eine Herausarbeitung von allgemeinen grundlegenden Merkmalen des pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten unter bewußter Vermeidung berufspolitischer Erwägungen“ (Braun/Homburg/Teumer 1980, 2), so hatten sie diesen Satz vermutlich Augen zwinkernd zu Papier gebracht, da die Logopäden sich sicherlich nicht als Sprachbehindertenpädagogen ansahen und ihre sämtlichen therapeutischen Maßnahmen bei sprachgestörten Patienten auch wohl kaum als ausschließlich pädagogische Handlungen klassifiziert sehen wollten.

therapeutischen Arbeitsfeld zu erhalten.

Richtungsweisend war dieses Papier aus mehreren Gründen. Aus der Sicht der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld tätigen Sprachheilpädagogen war erwähnenswert, dass nicht nur aus einem pragmatischen Blickwinkel, wie dies zum Beispiel die Dozentenkonferenz 1977 unter Verweis auf den Verlust eines Arbeitsfeldes getan hatte, der außerschulische Therapiebereich betrachtet wurde und den dort tätigen Logopäden und Sprachheilpädagogen aus einer theoretisch-inhaltlichen Perspektive nicht mehr, wie noch in der jüngsten Vergangenheit, symptomorientierte Sprechwerkzeugtherapie unterstellt wurde, sondern dass konstatiert wurde, dass der „... Sprachbehindertenpädagoge in unterschiedlich akzentuierter Weise erziehend, unterrichtend, therapierend und beratend in folgenden Einrichtungen tätig [ist]“ (Braun/Homburg/Teumer 1980, 12). Bei der Aufzählung der Einrichtungen fand zwar die freie sprachtherapeutische Praxis nur als Beratungsstelle Erwähnung, nicht als Ort, an dem auch Sprachtherapien durchgeführt wurden obgleich zahlreiche Sprachtherapeuten, auch Sprachheilpädagogen, in solchen Einrichtungen arbeiteten, dennoch wurden klinisch-therapeutische Handlungsfelder gleichwertig neben schulischen Einrichtungen aufgeführt.

Aus berufspolitischer Sicht wurde ein argumentativ differenzierter Beitrag in der Auseinandersetzung mit der Logopädie und Phoniatrie vorgestellt, der das sprachheilpädagogische Selbstverständnis, vor allem einen Erziehungsauftrag an den Schulen für Sprachbehinderte wahrnehmen zu sollen, erweiterte. Der fortbestehende Verzicht auf ein differenziertes Bekenntnis zu spezifischer Fachlichkeit bei jeweils spezifischen Sprachstörungen ließ das grundlegende Verständnis dieses erziehungswissenschaftlich-handlungstheoretischen Ansatzes deutlich werden und konnte eine störungsspezifisch-medizinische Sicht auf Sprachstörungen und ihre Behandlung selbstverständlich nicht zufrieden stellen.

Es ist das Verdienst von Braun/Homburg/Teumer, erstmals in der jüngeren Geschichte des Fachs eine Standort- und Aufgabenbeschreibung vorgenommen zu haben, die sich aufgrund ihrer weitgehenden Neutralität von den

deutlicher apodiktischen und wertepädagogischen Aussagen früherer Versuche unterscheidet (vgl. Orthmann 1969a, 1969b, 1977; Werner 1977; Westrich 1977, 1978). Die grundsätzliche Theorie- und Empirielosigkeit des Faches beklagen auch sie (vgl. Braun/Homburg/Teumer 1980, 2), ohne den Versuch einer theoretischen Neuorientierung zu unternehmen. Stattdessen begründen sie die pädagogische Grundlegung sprachtherapeutischen Handelns deutlich weniger ausgrenzend gegenüber anderen Berufs- und Fachgruppen und auch weniger weltanschaulich geprägt, als dies ihre Vorläufer versucht hatten. Der Definition und Beschreibung von ‚Sprachtherapie' wird breiter Raum gewidmet; unter welchen inhaltlichen und formalen Aspekten diese stattfinden soll bleibt jedoch vage. Dennoch, aus Sicht der klinisch-therapeutischen Handlungsfelder ist gerade im expliziten Bekenntnis zur Sprachtherapie ein Verdienst dieser Arbeit zu sehen, da sie damit ein fachinternes Gegengewicht zu den ausgrenzenden und partiell diskriminierenden Aussagen anderer Fachwissenschaftler bildete.
Der in zahlreichen Veröffentlichungen seit den 50er Jahren aufgebaute Mythos der sprachbehindertenpädagogischen Besonderheit gegenüber der Logopädie (vgl. Orthmann 1969 a, 1969 b, 1977; Westrich 1977; Wiechmann 1965; Wulff, J. 1955,. 1960) wird von den Autoren zwar nicht entschleiert, jedoch deutlich weniger plakativ in das Zentrum der Ausführungen gestellt als dies in der Vergangenheit häufig geschehen war.

Die Entscheidung der dgs von 1977, diesen Beirat überhaupt zu institutionalisieren, war deshalb grundlegend, weil sie dem Wunsch folgte, eine Systematisierung der Grundlagen des Faches Sprachheilpädagogik zu erreichen. Erstmals hatte hier eine Gruppe von Fachvertretern **gemeinsam** *und unter Beteiligung, Zustimmung und Abstimmung im Hauptvorstand des Fachverbandes und der ‚Ständigen Dozentenkonferenz' ein Positionspapier zu den Aufgaben und Zielen der Sprachheilpädagogik vorgelegt. Das machte die zukunftsweisende Qualität des Papieres aus, denn die Hochschullehrer bezogen auch differenziert und dadurch politisch gegenüber anderen Berufsgrup-*

pen Stellung zu den zukünftigen Ausbildungsstrukturen und Studienanforderungen.

Die Antwort der Phoniater und der Logopäden auf das Beirats-Papier erfolgte abermals unmittelbar. Im Februar 1980 in der ‚Sprachheilarbeit' erstmals veröffentlicht, beschäftigte sich der Hauptvorstand der dgs bereits im April des Jahres mit der „... Reaktion der Phoniater und des Zentralverbandes für Logopädie auf die Veröffentlichung des Papiers ‚Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten" (Mosebach 1980, 112). In einem Gespräch mit „... Herrn Prof. Biesalski wurde geklärt, [1.] daß pädagogisches Handeln bei Sprachbehinderten von allen an der Rehabilitation Sprachbehinderter beteiligten Berufsgruppen eingesetzt wird (rein medizinische bzw. psychotherapeutische Maßnahmen sind davon ausgenommen), [2.] daß mit dem Papier keine berufsständischen Ziele verfolgt werden und [3.] daß weiterhin an der Absicht, das gemeinsame Papier ‚Merkmale rehabilitativen Handelns bei Kommunikationsgestörten' zu erstellen, festgehalten wird" (Mosebach 1980, 112).

Deutlich schienen die Vertreter der ‚konkurrierenden' Berufsgruppen die konzeptionelle Dynamik erkannt zu haben, die dieses Papier enthielt, in welchem die Sprachheilpädagogen den sonderpädagogischen Turm der höheren Sicht auf das sprachtherapeutische Geschehen verlassen hatten und Kompetenzen und Ansprüche zur Mitgestaltung auch des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes, erstmals so deutlich und theoretisch hergeleitet, anmeldeten. Das in der ‚Sprachheilarbeit' veröffentlichte Protokoll der Gremiensitzung des sprachheilpädagogischen Fachverbandes spiegelte jedoch eher eine demutsvoll entschuldigende Gemütslage der Sprachheilpädagogen gegenüber dem Vertreter der Phoniater wider (vgl. Mosebach 1980).

7.2.7 1981

Ein weiteres Projekt des ‚Erziehungswissenschaftlichen Beirates' beschäftigte in diesem Jahr die Gremien des sprachheilpädagogischen Fachverbandes und die übrigen Verbände nur am Rande. Unter dem Arbeitstitel ‚Der Beruf des Sprachbehindertenpädagogen' sollte der Beirat eine Informationsbroschüre über die sprachheilpädagogischen Arbeits- und Handlungsfelder erstellen. Im Verlaufe einer länger dauernden Diskussion hatte der Arbeitstitel einige Modifikationen erfahren und sollte nun ‚Sprachheilpädagogische Berufe' lauten. Der Berufsverband der Logopäden und der Verband der ‚Sprachtherapeutischen Assistenten' hatten ihre Mitarbeit zugesagt und eigene Beiträge angekündigt. Bis zur Jahresmitte hatten beide Berufsgruppen „...ihre zugesagten Beiträge zu den ‚Sprachheilpädagogischen Berufen' bisher aus unterschiedlichen Gründen noch nicht eingebracht. Die beiden Berufsgruppen erklärten sich aber zu einer weiteren Mitarbeit bereit" (Mosebach 1981, 299).
Das Buch erschien erstmals im Jahr 1991 (!), zwar noch von dem gleichen Autorenteam zusammengestellt wie geplant, jedoch ohne Beiträge anderer Berufsgruppen, dafür ergänzt um die Beschreibung der Berufe in der ehemaligen DDR und unter dem Titel ‚Sprachtherapeutische Berufe'.

Eine in diesem Jahr seitens der dgs erstmals vorgestellte Kampagne unter dem Motto ‚Spricht ihr Kind wie andere Kinder' sollte die Öffentlichkeit über die Probleme von Sprachstörungen bei Kindern informieren, Angebote zur Hilfe und Vorschläge zur häuslichen Sprachförderung enthalten (vgl. dgs-Nachrichten 1981, 357).[3]

7.2.8 1982

Die Neuorientierung oder Rückbesinnung der westdeutschen Sprachheilpädagogik auf Themen und Arbeitsfelder, die nicht mehr ausschließlich schulischen Fragestellungen vorbehalten waren, erreichte 1982 einen vorläufigen Höhepunkt. In bisher

[3] Am 22.12.1981 starb im Alter von 79 Jahren Johannes Wulff, der Mitgründer der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik nach dem Kriege, bis 1968 deren Vorsitzender, ein Streiter für die Interessen der Sprachbehinderten und der Sprachheilpädagogen und „... ein guter Redner, mächtig des Wortes, überzeugend im Vortrag, gewandt in der Diskussion" (Wiechmann 1982, 2).

nicht vorhandener Breite, Pointiertheit und Differenziertheit beleuchtete der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, der 1982 in Berlin stattfand, die Vielfältigkeit der sprachheilpädagogischen und sprachtherapeutischen Modellbildungen und der institutionellen Strukturen, in denen sich dieses niederschlug. Zu dem Kongress, der vom 29.9. bis zum 2.10. unter dem Thema ‚Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter' stattfand, waren auch führende Vertreter der Phoniatrie und Logopädie eingeladen worden, die sich mit Grundsatzreferaten an die sprachheilpädagogische Fachöffentlichkeit wandten.

7.2.8.1 Exkurs 5: ‚Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter'

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der in Berlin behandelten Themen für ein Verständnis der zukünftigen Entwicklung des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes sollen nun drei Vorträge dieser Tagung kurz vorgestellt und bewertet werden. Es sind dies die beiden Eröffnungsreferate der Professoren von Arentsschild und Braun, sowie der Beitrag der Logopädinnen Breuer und Wedell-Schwalbe.

Von Arentsschild eröffnete den wissenschaftlichen Teil des Kongresses mit seinem Referat ‚Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter', das den Untertitel ‚Einführung in das Tagungsthema aus medizinischer Sicht' trug.
Er hat den ‚Mut' und den Willen, als Phoniater sein klares Verständnis der Aufgaben von Sprachheilpädagogik, Logopädie, Psychologie und Medizin darzulegen und ist sich der vorausgegangenen Diskussionen zwischen diesen Fachdisziplinen selbstverständlich bewusst, wenn er einleitend bemerkt: „Wenn Sie zum ersten Vortrag auf dieser Tagung einen Arzt aufgefordert haben und zum ersten Vortrag am Nachmittag eine Logopädin, so werte ich das als Zeichen ihres Willens zur Zusammenarbeit mit der Medizin, besonders mit der Phoniatrie und der Logopädie" (von Arentsschild 1983, 5). Er sieht die Aufgabe des Phoniaters im gemeinsamen Feld von Sprachheilpäda-

gogik und Phoniatrie, das er am Beispiel der Berliner Schuluntersuchungen beschreibt, darin, dass der Arzt (!) bei den Einschulungsuntersuchung „... die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder sowie möglichst auch deren psychosoziale Bedingungen“ beurteilt (von Arentsschild 1983, 5). Des weiteren komme es „darauf an, aus medizinischer Sicht festzustellen, welche der Behinderungen mit sonderpädagogischen Mitteln gebessert oder behoben werden können [und ob] Therapie nötig ist; das heißt ... ob der vorgesehene Schul- oder Klassentyp für das Kind der geeignetste ist“ (von Arentsschild 1983, 5f).
Ein solches Verständnis ***phoniatrischer*** *Kompetenz würde in der Analogie einer Sprachheilpädagogik, die im Kontakt zur Phoniatrie ihre Aufgaben beschreiben sollte, nur dann eine Entsprechung finden, wenn der Pädagoge behaupten würde, er müsse die Indikation zur operativen Intervention des Arztes stellen und ihm dabei noch vorgäbe, welche Schnitttechnik anzuwenden sei.*

Eindeutig bestimmt er drei Säulen, auf denen die Rehabilitation Sprachbehinderter ruhe. Dies seien „... wohl nur die Medizin, die Sonderpädagogik und die Psychologie“ (von Arentsschild 1983, 6) und so haben „... die drei großen Bereiche für die Erfüllung ihrer Aufgaben auch nichtakademische Berufsbilder geschaffen, die Logopädin, die heilpädagogischen Unterrichtshilfen und die psychologisch-technischen Assistenten“ (von Arentsschild 1983, 6). Sein Konzept der dominanten Rolle des Arztes, dem beinahe alle anderen Aufgaben nachgeordnet sind, macht er plausibel, wenn gar die Justiz bemüht wird: „Logopäden an sonderpädagogischen Einrichtungen verstoßen gegen das Heilpraktikergesetz, wenn sie nicht in jedem Einzelfall im Auftrage des Arztes arbeiten. Auch der Sprachheilpädagoge würde sich aus medizinischer Sicht auf das Gebiet der Laienbehandlung begeben, wenn er über die Unterrichtung und Erziehung Sprachbehinderter hinaus Therapie betreibt, ohne mit für Sprachbehinderungen zuständigen Ärzten zusammenzuarbeiten“ (von Arentsschild 1983, 6).

War dies eine zur Erhöhung der Aufmerksamkeit der Zuhörer oder zum Spannungsaufbau verwendete didaktische Provokation, so mag gefragt werden, wenn er selbst in der bislang unumstrittenen Zuständigkeit der Sonderpädagogik für Sprachheilschulen oder andere sonderpädagogische Einrichtungen das Primat ärztlicher Verantwortung für das therapeutische Gesamtgeschehen behauptet? Wie mag es die ebenfalls zuhörende Vorsitzende des Logopädenverbandes erlebt haben, die wenige Stunden später selbstbewusst das Berufsbild des Logopäden und dessen Aufgaben vorstellen wollte und von der Gruppe ‚ihrer' Phoniater eine solch nachrangige Kompetenz und Verantwortung bescheinigt bekam? Aber didaktische Elemente oder psychologisch-pädagogische Finessen waren im Fortgang des Vortrages nicht zu erkennen, denn von Arentsschild steigerte sich in seiner medizinzentrierten Perspektive noch, indem er feststellte:

„Der Mediziner ist weniger als der Pädagoge bereit, sich mit der Feststellung von Symptomen zufriedenzugeben, er klassifiziert mehr (vielleicht sogar manchmal zu viel) und stellt aufgrund der Diagnostik eine Diagnose. Der Phoniater kann danach kompetent entscheiden, in welchen der verschiedenen therapeutischen Kanäle der Sprachbehinderte zu leiten ist" (von Arentsschild 1983, 10).

Der paradigmatische Kontrapunkt zur Sprachheilpädagogik wird noch deutlicher konturiert wenn er behauptet: „In der Pädagogik wird dagegen mehr von Störungen des Sprachverhaltens gesprochen, woraus sich der Schluß ergeben müßte, daß Sprachstörungen Verhaltensstörungen sind [...] doch sieht der Mediziner vorrangiger die Übungskomponente und spricht mehr von sprachlicher Leistung als von sprachlichem Verhalten" (von Arentsschild 1983, 10).[4]

Schwer verdauliche Kost war dies für die anwesenden Vertreter der Fachgesellschaft dgs, für die Vertreter der sprachheilpädagogischen Lehrstühle und

[4] Der Verfasser der Arbeit erinnert sich persönlich noch gut an die Reaktionen im Publikum bei diesen Ausführungen, allein die sonderpädagogische Toleranz und die Höflichkeit gegenüber dem Gast, verhinderte im Berliner ICC Kongreßzentrum eine massenweise Saalflucht der anwesenden Sprachheilpädagogen.

besonders für die in der täglichen Praxis und Verantwortung stehenden Sprachheilpädagogen im Auditorium. Unterschiedener von ihrem eigenen Selbstverständnis konnte eine Position kaum sein, betrachteten viele doch gerade den Arzt im sprachtherapeutischen Geschehen als denjenigen, der, gemeinsam mit seinen logopädischen ‚Gehilfen', bloße Symptomtherapie betreibe und galt doch das Konzept der Handlungsorientierung des sprachtherapeutischen Prozesses – wobei eine Verhaltensproblematik als konstitutiv bei sprachlichen Störungen angesehen wurde – als nicht mehr hinterfragbar.
Das Referat des Phoniaters von Arentsschild bot ein eindrucksvolles Beispiel für die Tiefe und Breite des paradigmatischen Grabens, der zwischen den Berufsgruppen der Phoniatrie und der Sprachheilpädagogik lag. So unüberwindbar war er einige Jahre zuvor noch nicht gewesen (vgl. Brankel 1958, Biesalski 1965 u. 1969).
Die konzeptionelle Sprachlosigkeit und Verständigungsproblematik zwischen diesen beiden Gruppen besteht bis zum heutigen Tage, natürlich durch individuelle und partielle Ausnahmen durchbrochen, fort. Daher ist die Arbeit von Arentsschilds ein archetypisches Dokument der Beziehungsstruktur zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik.

Braun kam nun im unmittelbaren Anschluss die Aufgabe zu, eine alternative Position zu erläutern, denn sein Vortrag trug den Titel „Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter" mit dem Untertitel „Einführung in das Tagungsthema aus pädagogisch-therapeutischer Sicht" (Vgl. Braun 1983, 14)

Die Auffassungen seines Vorredners bindet Braun zu Beginn seines Vortrages sehr unmittelbar ein, indem er nicht auf dessen Vorstellungen der praktischen Umsetzung phoniatrischer Omnipotenzvorstellungen reagiert, sondern die Literatur zum Thema zu Rate zieht und dort von Arentsschild als einen Vertreter eines ‚dynamischen Störungskonzeptes' erkennt, der für das zwischen beiden Professionen gefundene Einvernehmen stehe, dass ein ätiologischer Konsens bei der Suche nach der Genese sprachlicher Auffälligkeiten gefunden wurde, so dass festgehalten wird: „Es besteht Übereinstimmung darüber, daß sprachliche Störungen sowohl biologisch-organisch als auch psychosozial aufzufassen sind“ (Braun 1983, 16). Dies war die einzige Reminiszenz zu dem medizinischen Ansatz, der in das Tagungsthema eingeführt hatte.

Im Folgenden entwirft er ein eigenständiges, differenziertes Konzept pädagogisch-therapeutischen Handelns, wie es auch der Titel des Referates vorgibt. Aus Sicht eines außerschulischen Betrachtungswinkels erscheint es bemerkenswert, dass die adjektivische Form des Wortes ‚Therapie’ Eingang in die Titelwahl gefunden hatte, markierte dieses doch eine Hinwendung zum therapeutischem Geschehen, das als Kernaufgabe der Sprachheilpädagogik und nicht mehr nur als Additivum gesehen wird. Braun behauptet, dass Therapeuten „... wegen des hohen Grades an registrierbarer Machbarkeit und Effektivität des therapeutischen Handelns ... in unserer Zeit hohes Ansehen genießen“ (Braun 1983, 16) und streichelt damit zumindest die zum Teil belasteten Seelen der sprachheilpädagogischen Therapeuten, die in ihrem Fach dieses Ansehen bislang nicht genießen konnten. Das Verhältnis von Pädagogik zur Therapie betrachtet er danach und stellt fest: „Das Verhältnis von Pädagogik und Therapie als Sprachtherapie läßt sich im geschichtlichen und systematischen Zusammenhang der Rehabilitation Sprachbehinderter auf drei Beziehungsmuster reduzieren: auf ein Nebeneinander, ein Ineinander und ein Miteinander von Pädagogik und Therapie [in Kenntnis der Diskussionsverläufe der zurückliegenden 15 Jahre fehlt das vierte Beziehungsmuster: das Gegeneinander; V.M.]“ (Braun 1983, 17). Braun begibt sich auf eine historische Rückbesinnung, wenn er unter Verweis auf Fröschels und den Beginn der ersten sprachtherapeutischen Behandlungskonzepte von einem ‚parallel-therapeutischen Weg’ von Pädagogik und Therapie spricht, der nicht für sich ausschließende Konzepte, sondern für parallel durchgeführte Handlungen stehe. Er versucht ‚der zeitaktuellen Polarität von **entweder** pädagogischer **oder** logopädischer Förderung/Therapie zu entgehen, indem er seinen Gedanken der parallel-therapeutischen Arbeit konsequent dagegen stellt (vgl. Braun 1983, 17). Er merkt unter Bezug auf die Diskussionen zwischen den Professionen daher an: „Das für viele sprachgestörte Kinder und Jugendliche notwendige und bewährte parallele Handlungskonzept der pädagogisch-therapeutischen Betreuung droht aus standespolitischen Interessen zum Konkurrenzkonzept der Professionellen verfremdet zu werden. Als Pädagogen ... wollen wir uns nicht auf Animositäten einlassen. Wir akzeptieren und fördern das etablierte paralleltherapeutische Behandlungskonzept, nicht aber Profilierungstendenzen von Berufsgruppen" (Braun 1983, 17).

Braun formuliert seine Empörung über den Diskussionsverlauf der jüngsten Zeit, die insbesondere in Würdigung der Ausführungen seines Vorredners nachvollziehbar sein mag. Jedoch unter einer bis in die Anfänge der Logopädenausbildung zurückreichenden historischen Betrachtung übersieht er, dass wesentliche Profilierungstendenzen nicht von dieser Berufsgruppe ausgegangen waren, sondern dass, einschließlich der Qualitätsdebatte, die Westrich 1977 begonnen hatte, Sprachheilpädagogen wenige Gelegenheiten verstreichen ließen, ihre alleinige Zuständigkeit und Kompetenz für die Erziehung und Förderung (als Synonym zur ‚Therapie' verstanden) sprachauffälliger Kinder und Jugendlichen zu behaupten (vgl. die ‚Eigenständigkeitsdebatte' 1968).

Einem funktionalistischen, auf die ‚Übungskomponente' (vgl. v. Arentsschild 1983, 10) abzielenden Verständnis sprachtherapeutischen Handelns setzte er ein pädagogisch-therapeutisches entgegen und konzentrierte sich dabei nicht mehr nur auf die erzieherischen Aspekte, sondern nahm sehr wohl Stellung zu spezifisch therapeutischen Strategien, die Bestandteil einer verantwortungsbewussten Sprachtherapie sein müssten. Er stellt ein ‚integrationspädagogisches Rehabilitationskonzept' vor und enttabuisiert dabei den Einsatz sprach**therapeutischer** Interventionsmaßnahmen als eben nicht nur symptomtherapeutisches Agieren, sondern als ein notwendiges Instrumentarium um „... die Voraussetzungen zu schaffen, daß die intendierten pädagogischen Prozesse in Gang kommen und sich abwickeln können. Das Verhältnis zwischen Pädagogik und Therapie ist demzufolge interaktional ... Therapeutische Maßnahmen werden immer dann eingesetzt, wenn die angezielten pädagogischen Maßnahmen dies erforderlich machen“ (Braun 1983, 19).

Dies war ein großer Schritt hin zur ‚Versöhnung‘ der beiden auseinanderstehenden Pole, der Therapie und der Pädagogik, den Braun unternahm, um diese Pole in der Sprachheilpädagogik zu synthetisieren. Für das klinisch-therapeutische Arbeitsfeld innerhalb der Sprachheilpädagogik begann mit diesem Grundsatzbeitrag eine von theoretischen Grundlagen der Sprachbehindertenpädagogik hergeleitete Reintegration in das Fach.

Auf eine organisationsstrukturelle Ebene transferiert, bedeutete dieser Ansatz auch die Möglichkeit, eine ausschließlich auf das Handlungsfeld Schule konzentrierte Sprachheilpädagogik auf außerschulische Handlungsfelder zu verlagern, in denen im sprachtherapeutischen Setting die Dominanz eines pädagogischen Grundverständnisses als handlungsleitender Maxime gewährleistet war: „Der weitere Ausbau des frühpädagogisch-therapeutischen ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungssystems scheint die beste Voraussetzung für eine frühzeitige integrierte Förderung sprachbehinderter Kinder im Schulalter zu sein“ (Braun 1983, 22). Die Sprachheilschule als **der** optimale Förderort sprachauffälliger Kinder war dadurch in Frage gestellt, und so beendet Braun seinen Vortrag mit einer für die Sprachbehindertenpädagogik in diesem Jahr gewöhnungsbedürftigen Konklusio: „Die Blickwendung weg von der Therapiefixierung und weg von der Schulbefangenheit hin zur individuell-ganzheitlichen Persönlichkeitsförderung der Sprachbehinderten eröffnet der pädagogisch-therapeutischen Arbeit in den einzelnen Organisationsformen neue Perspektiven“ (Braun 1983, 24).

Bemerkenswert an der Arbeit von Braun erscheint der Versuch, eine Theorie der sprachtherapeutischen Praxis aus einer pädagogischen Perspektive zu fundieren, ohne dabei ausschließlich auf den Förderort Sprachheilschule abzuzielen. Die Herstellung historischer Bezüge zum Therapieverständnis relativierte die in den zurückliegenden Jahren vertretenen pädagogischen

Ausschließlichkeitskonzepte. Didaktische oder therapiespezifische Vorschläge zur Umsetzung eines integrationspädagogischen Rehabilitationskonzeptes legte er jedoch nicht vor, und somit blieb reichlich Interpretationsfläche übrig, die Praxisrelevanz dieses Konzeptes zu behaupten oder zu negieren.

Auf einen weiteren Aspekt und eine potentielle Gefährdung weist ergänzend in dem gleichen Jahr Grohnfeldt hin: „Die Entstehungsgeschichte des Hilfsschullehrers mit dem Wunsch nach beruflichem Aufstieg, Prestigeaufwertung, höherer Besoldung und Abgrenzung durch eine Spezialausbildung dürfte auch weitgehend für den Sprachbehindertenpädagogen zutreffen. Es ist zu hoffen, daß nicht übersteigerte Abgrenzungs- und Eigenständigkeitsbemühungen dem Wohl der betreffenden Kinder und dem wissenschaftlichen Fortschritt entgegenstehen" (Grohnfeldt 1982, 800).

Den beiden Eröffnungsvorträgen folgte, wie durch von Arentsschild bereits angekündigt, ein Vortrag zweier Logopädinnen, **Breuer** und **Wedell-Schwalbe**, über die ‚Prinzipien logopädischer Therapie'. Einer vorangestellten Begriffsdefinition („Prinzipien sind ... Grundsätze eines dialektisch-dynamischen Verhältnisses zwischen der Logopädie und ihrem Arbeitsgegenstand" ; Breuer/Wedell-Schwalbe 1983, 219) folgt ein historischer Exkurs in die Logopädiegeschichte, woraus ‚Grundannahmen für die Formulierung von Prinzipien logopädischer Therapie' abgeleitet werden.
Die Autorinnen betonen die Multidimensionalität logopädischer Therapie ebenso wie die kommunikativen und interaktionistischen Aspekte der Sprachtherapie. Auf eine theoretische Herleitung oder Einordnung ihres Verständnisses von ‚Therapie' wird verzichtet, statt dessen erläutern sie, wie therapeutisches Handeln entsteht, nämlich „... aus der Kenntnis über die Wirklichkeit des kommunikationsgestörten Menschen" (Breuer/Wedell-Schwalbe 1983, 220). Wie sie diese ‚Wirklichkeit' erkennen und die Gefahr vermeiden wollen, nur den eigenen Vorstellungen einer jeweils individuellen Wirklichkeit aufzusitzen (vgl. Watzlawick: „Wie wirklich ist die Wirklichkeit", 1976), wird nicht thematisiert. „In der Beobachtung und im Erkennen ... liegen die

Quellen für unsere therapeutischen Prinzipien" (Breuer/Wedell-Schwalbe 1983, 220). Was mit Hilfe welcher Methoden beobachtet wird und in welcher Weise Erkenntnisse auf dem Boden welcher Analyseschritte gewonnen werden bleibt unbeantwortet. Erkenntnistheoretische oder fachwissenschaftliche Bezüge zu den postulierten ‚Prinzipien' werden also nicht hergestellt oder begründet. Das Schwergewicht seiner Ausführungen legt das Autorinnenpaar auf pragmatische Hinweise zu den von ihnen so bezeichneten ‚Prinzipien' logopädischer Therapie (Anamnese, Diagnostik, Therapiemethoden, Behandlungsprogramme, Materialauswahl usw.) in welcher sie sich handlungstheoretischen Grundannahmen verpflichtet fühlen, wie sie beispielsweise Homburg für die Sprachbehindertenpädagogik begründet hatte (vgl. Homburg 1978).

Über den historischen Kontext in dem diese Arbeit entstand hinaus, erscheint insbesondere erwähnenswert, dass die Autorinnen das Problem einer fehlenden theoretischen Grundlage für die formulierten Therapieprinzipien erkannt haben und deshalb zu dem Schluss kommen: „Die Darstellung ... wirft zweifellos die Frage nach einer umfassenden Definition logopädischer Therapie auf, das heißt einer **Theorie über die Therapie** [Hervorhebung V.M.]" (Breuer/Wedell-Schwalbe 1983, 221).

Wenn sie im nun folgenden Teil ihres Referates auf handlungspsychologische Theorien und auf Leontjew zu sprechen kommen[5], um damit eine Theorie der Therapie herzuleiten, so betrachten sie dabei vor allem das Therapie prägende Bedingungsgefüge. Fragen nach einer theoretischen Grundlegung therapeutischer Operationalisierungen, womöglich in Abhängigkeit von je spezifischen Sprachstörungen, werden dennoch nicht formuliert.

Die Vertreterinnen der Logopäden, denen von sprachheilpädagogischer Seite bis in die jüngste, dem Kongress vorausgehende Zeit, und auf dem Kongress nur wenige Stunden zuvor von phoniatrischer Seite, der Vorwurf entgegengebracht bzw. die Tätigkeitsbeschreibung abgegeben wurde, sie würden unre-

[5] Zu einer zusammenfassenden Kurzdarstellung der Handlungstheorie in den Konzeptionen von Leontjew, Luria, Wygotzki und Galperin adaptiert auf sprachliche Entwicklungsförderung, siehe aus sprachheilpädagogischer Sicht Holtz 1989b, 96ff.

flektierte therapeutische Assistenztätigkeiten nach ärztlicher Anweisung und übungsprogrammatischen Ansätzen folgend ausführen, stellen Breuer und Wedell-Schwalbe ein spezifisch logopädisches, sowohl von phoniatrischen als auch von sprachheilpädagogischen Vorstellungen deutlich unterschiedenes pragmatischer orientiertes Therapiekonzept zur Behandlung und Förderung von Sprachstörungen entgegen.

Trotz unübersehbarer theoretischer Schwächen in der Begründung ihres Vorgehens behaupten sie damit ihren Anspruch auf ‚Eigenständigkeit' der Logopädie, den sie explizit noch nicht erhoben hatten. Das gewachsene logopädische Selbstbewusstsein ließ diese Ansprüche jedoch nur sachlogisch fordern (vgl. Macha-Krau 1995, 11ff) und wies, noch weitgehend theorielos, einen dritten, praxisnahen Weg auf, der die faktische Therapiesituation zwischen sprachauffälligen Menschen und den zur ‚Hilfe' qua ärztlicher Verordnung verpflichteten Sprachtherapeuten in das Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Ein Weg, der zwischen der funktionalistischen Phoniatrie und der erziehungswissenschaftlich-wertepädagogisch geprägten Sprachheilpädagogik, wie sie bis zu diesen Tagen verstanden wurde und sich verstand, gegangen werden sollte.

Ein weiterer Vertreter beteiligter Berufsgruppen meldete sich in diesem Jahr abermals deutlich zu Wort und positionierte die Logopädie und die Sprachheilpädagogik aus seiner Sicht: der Phoniatrie. **Biesalski** bezog sich erneut auf den Westrich-Aufsatz (vgl. Westrich 1977) aus dem Jahre 1977, um seinerseits in einem Editorial für die von ihm mit herausgegebene Fachzeitschrift ‚Sprache-Stimme-Gehör' unter der Überschrift ‚Wer ist qualifizierter?' auf den „... erhobenen Zeigefinger, mit dessen Hilfe auf die besondere therapeutische Bedeutung des Sprachbehindertenpädagogen mit Ausdrücken wie ‚personales Defizit', ‚Erziehung zur Sprachlichkeit' und ‚Fundierung von Sprache als Bildungsgut' hingewiesen wird" (Biesalski 1982,72), aufmerksam zu machen. „Niemand wird mir klarmachen können, daß solche hochtrabenden Begriffe stets auch für das Kind mit einer partiellen oder multiplen Dyslalie oder einer Sprachentwicklungsverzögerung, wie sie in zehntausen-

den von Fällen vorkommen, gelten können. Personale Defizite kann ich bei den meisten dieser Kinder ebenso wenig erkennen wie deren Eltern“ (Biesalski 1982, 72).
Dies ist ein nicht leicht von der Hand zu weisendes Argument desjenigen, der auch über pragmatische Alltagserfahrungen mit verschiedenen Arten und Schweregraden von Sprachstörungen verfügte.

Auch zum Berufsfeld der beiden Professionen äußerte sich Biesalki, wenn er feststellte: „Die Sprachbehindertenlehrer sind schlecht beraten, wenn sie mehr und mehr aus der Schule heraus in die ‚freie Praxis’ therapeutischen Handelns drängen“ (Biesalski 1982, 72). Und die Auffassungen der Krankenkassen sind ihm sicherlich nicht fern, wenn er konstatiert: „Aus der Sicht der Krankenkasse ist daher die Logopädin für die ambulante Therapie des sprachgestörten Kindes besser geeignet“ (Biesalski 1982, 72).
Welche Zielperspektive der Vorsitzende des Verbandes der deutschen Phoniater für das Arbeitsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung und Rehabilitation sah, benannte er klar: „Mit immer mehr ausgebildeten Logopäden wird sich der Fragenkomplex für die Krankenkasse allmählich von selbst auflösen. Dann werden sich die Sprachbehindertenpädagogen in den schulischen Bereich zurückziehen können, was ein erstrebenswertes Ziel wäre“ (Biesalski 1982, 72).
Welch anmaßende Sicht auf Menschen, sprachheilpädagogische ***und*** *logopädische, die zu beliebig verschiebbaren Figuren in einem berufspolitischen Spiel degradiert werden!*

Die Krankenkassensicht, die maßgeblich geprägt worden war von der ‚Begutachtungsanleitung’, die Biesalski mit verfasst hatte, erfuhr in diesem Jahr eine gesetzgeberische Normierung. Am 26.2. 1982 waren die „Richtlinien des Bundesausschußes der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung“, die sogenannten ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien’, in Kraft gesetzt worden. Von logopädischer Seite werden diese Richtlinien in der Rückschau so bewertet: „Mit Beginn der 80er Jahre setzte eine rigorose

Sparpolitik und eine Fortführung der Kostendämpfungsmaßnahmen ein. Dies führte 1982 zu neuen Richtlinien in dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Für die Logopädie hatte dies Konsequenzen“ (Macha-Krau 1995, 12). Diese bestanden vor allem in einem befürchteten, aber tatsächlich nicht eingetretenen Rückgang der Verordnungen durch die Kassenärzte infolge erstmals eingeführter Kontrollen und Richtgrößen bei der verordneten Anzahl der Sprachtherapien sowie in einem stärkeren direktiven Einfluss des Arztes auf den Arbeitsalltag des Sprachtherapeuten.

Gravierender war der Einfluss der ‚Richtlinien' auf die berufliche Situation der Sprachheilpädagogen. In diesen ‚Richtlinien' hatten nämlich die innerhalb der ‚Begutachtungsanleitung' ausgesprochenen Empfehlungen zur erheblich begrenzten Einbindung von Sprachheilpädagogen in das ambulante Versorgungssystem eine rechtliche Normierung erfahren. Nahezu wortlautgleich hatten die in der Begutachtungsanleitung enthaltenen phoniatrischen Vorstellungen zur Therapie und zu den Leistungserbringern Einzug in diese gesetzlichen Vorgaben der ‚Richtlinien' gehalten.

In einem allgemeinen Teil wurde geregelt, dass Heilmittel nur bei Vorliegen einer ‚Krankheit' verordnet werden dürften. Danach wurden im Abschnitt E die Besonderheiten bei der Verordnung von Sprachtherapien festgelegt. Durch diese Maßnahme erfuhr die Festlegung von Sprachstörungen als Krankheiten durch den Gesetzgeber im Gesundheitssystem eine erneute Fixierung, da Sprachtherapie als ‚Heilmittel' definiert war. Zwar waren Sprachheilpädagogen mit dem Hauptfach Sprachbehindertenpädagogik und Diplompädagogen mit dem Schwerpunktfach Sprachbehindertenpädagogik als ‚Behandler' im Prinzip zulassungsfähig für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, durch die Einschränkungen, dass diese aber nur dann leistungsberechtigt seien, wenn „Kassenärzte oder Logopäden nicht zur Verfügung stehen ... [und] sofern diese Berufsgruppen nach einer abgeschlossenen Fachausbildung eine mindestens 5jährige therapeutische Tätigkeit mit Sprachbehinderten nachgewiesen haben“ (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 1984, 2/41), waren die Hürden zur Erlangung einer Krankenkassenzulassung für Sprachheilpädagogen nun auch ‚offiziell' nahezu unüberwindbar hoch geworden.

Aber bereits drei Jahre später war die Erkenntnis, dass mit dieser Zulassungsblockade die Versorgung der Bevölkerung mit Sprachtherapien nicht sicherzustellen war, in neue ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien' eingeflossen, was die Logopäden kritisch zur Kenntnis nahmen: „Erneute Änderungen der Heilhilfsmittelrichtlinien traten am 10. Dezember 1985 in Kraft ... Angehörige anderer Gruppen [als Logopäden und Ärzte] galten [bisher] als ‚Ersatzbehandler'. Konsequenz der Änderungen: Angehörige anderer Berufsgruppen können ... Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abschließen" (Macha-Krau 1995, 12).

7.2.9 1983

Erstmals in der Geschichte der Sprachheilpädagogik findet zu diesem Zeitpunkt eine berufliche Gruppierung in der Fachzeitschrift des Verbandes Erwähnung, auf deren Existenz lediglich in einigen Rechenschaftsberichten der Landesverbände hingewiesen worden war, die aber sehr wohl vom Gesetzgeber (‚Heil- und Hilfsmitterichtlinien'), den Logopäden und den Phoniatern zur Kenntnis genommen wurden: die freiberuflich tätigen Sprachheilpädagogen.

Dass „... die Möglichkeit einer Berufsausübung in freier Praxis für Sprachheilpädagogen grundsätzlich gegeben" ist, darauf weisen H. und G. Lakies hin (Lakies/Lakies 1983, 79) und berichten einem größeren Fachpublikum, das ihrer eigenen Profession angehört, über die alltäglichen Sorgen und Nöte eines Praxisinhabers unter den Bedingungen des derzeitigen Gesundheitssystems mit seinen spezifischen formalen Voraussetzungen für eine solche Tätigkeit. Ihren Bericht schließen sie daher auch mit den Worten: „Allerdings gehört schon ein gehöriges Maß an persönlicher Vitalität dazu" (Lakies/Lakies 1983, 81) eine freie Praxis zu führen. (Wie wahr (!), darf aus Sicht vieler Praxisinhaber von damals und von heute dazu angemerkt werden.)

Die weitgehende ‚Ignoranz' der offiziellen Sprachheilpädagogik gegenüber der Gruppe der außerhalb von Schulen in eigenen, freien Praxen tätigen oder dort beschäftigten Sprachheilpädagogen führte in diesem Jahr zu berufspolitischen Aktivitäten eben dieser Gruppierung. Zum einen gründete sich, mit Sitz in Bonn und unterstützt von Mitarbeitern der Universität Dortmund (Edmund Kühn), der Berufsverband diplomierter Sprachheilpädagogen (bds). Sein Ziel war es, die Interessen der als Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik von den Universitäten (vorwiegend in Nordrhein-Westfalen) ausgebildeten Sprachheilpädagogen zu vertreten. Ausschließlich Diplom-Pädagogen konnten daher Mitglied werden und es sollte erreicht werden, unbefriedigenden und Einzelne massiv belastenden Entwicklungen im Zusammenhang mit der sich verschärfenden Zulassungspraxis der Krankenkassen, im Vorfeld und Nachgang der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien, durch gesundheitspolitische und bildungspolitische Aktivitäten entgegen zu treten. Insbesondere die Gründung einer Fortbildungsakademie sollte dazu dienen, Akzeptanzprobleme der Krankenkassen zu kompensieren und berufsqualifizierende Zertifizierungen sollten Wege zur Zulassung ebnen. Eine neue, vom Gesetzgeber und von den Krankenkassen nicht anerkannte, Berufsbezeichnung wurde geschaffen: „Die Essener Akademie für Sprachrehabilitation vergibt nach einer beruflichen Eingangsphase und einer Prüfung den Titel ‚Diplomierter Sprachtherapeut' (Weiterbildungsbezeichnung)" (Dupuis 1992, 629).

Sprachheilpädagogen in Niedersachsen suchten ebenfalls ein eigenes Forum und bildeten eine ‚Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Sprachheilpädagogen' zur Diskussion und perspektivischen Lösung „... spezieller Probleme, die für beamtete oder angestellte Kollegen nicht so sehr von Belang sind" (dgs-Nachrichten 1983, 125).

*Ab 1983 sind die **‚Außerschulischen'** auch für die Sprachheilpädagogik in West-Deutschland nicht mehr zu übersehen. Durch die Gründung zweier Initiativen zur berufspolitischen Gegenwehr gegen die Ausgrenzung der Sprachheilpädagogen aus dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld wird deutlich, wie getrennt von der tatsächlichen beruflichen Wirklichkeit sich die Sprachheilpädagogik, so wie sie durch die Veröffentlichungen der Kongressbände und in dem Publikationsorgan des Fachverbandes dargestellt wurde, entwickelt hatte.*
Weder die Fachwissenschaftler an den Universitäten noch die gewählten Funktionäre der dgs hatten massiv, öffentlich hörbar und wirksam zu Gunsten dieses Arbeitsfeldes und der darin Tätigen Aktivitäten ergriffen. So nahmen die Betroffenen ihre Interessen erst einmal selber in die Hand und wirkten durch zunehmenden

Druck auf die etablierte Sprachheilpädagogik und ihre Vertreter nach innen, in die Hochschulen und den Fachverband hinein. Dies war auch die erklärte Absicht, zumindest der niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft und daher verband sie mit ihrem Zusammenschluss auch die Forderung nach erstmaliger Repräsentanz in den Gremien des Verbandes (vgl. dgs-Nachrichten 1983, 125).

Gründe für die steigende Anzahl der freiberuflich tätigen Sprachheilpädagogen hatte auch der Hauptvorstand der dgs erkannt und beraten. Der eingerichtete ‚Ständige Ausschuß für Berufsfragen', der eindeutig nicht im Zentrum der sprachheilpädagogischen Verbandspolitik stand, thematisierte deren Probleme in Kenntnis der Aktivitäten und der Unruhe an der ‚Basis' und so fasst der Verbandsgeschäftsführer zusammen: „**Arbeitslose** [Hervorhebung V.M.] Sprachheilpädagogen benötigen die besondere Unterstützung durch die dgs. Der Ständige Ausschuß für Berufsfragen wird sich deshalb auf Beschluß des HV mit Krankenkassenvereinigungen in Verbindung setzen, wird sich mit Qualifikations- und Zulassungsfragen befassen und juristische Probleme, die damit in Zusammenhang stehen, durch kompetente Fachleute klären lassen" (Mosebach 1983, 34).
Dass erst jetzt, wo ‚das Kind schon längst in den Brunnen gefallen war', massiver Handlungsbedarf zu Gunsten der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld arbeitenden und Arbeit suchenden Sprachheilpädagogen gesehen wird, muss aus einer nicht-schulischen Perspektive schmerzlich empfunden worden sein.

Die Abkehr von beruflicher Praxis war ein Vorwurf an die Sprachheilpädagogik seitens der sprachheilpädagogischen Sprachtherapeuten. Ein anderer Vorwurf – jener der Abkehr von wissenschaftstheoretischen Reflektionen – wurde ebenfalls erhoben. So leitet Holtz seinen Beitrag für ‚Die Sprachheilarbeit' provozierend ein: „Wer in der Sprachbehindertenpädagogik den Mut findet ... wissenschaftliche Abhandlungen zu publizieren statt kopierfähige Arbeitsblätter für den Unterricht, der muß zweifellos damit rechnen, daß sein Leserkreis nicht höher liegt als der Zahlenraum eines Zweitklässlers. [Ziel müsse sein], ... die Sprachbehindertenpädagogik zu verändern ... Fachzeitschriften, Fachkongresse usw. aus dem Odium...des nur von einer Minorität von Insidern Beherrschten herauszulösen" (Holtz 1983, 69).

7.2.9.1 Exkurs 6: Dupuis: Beitrag zur Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik

Eine von den traditionell beschriebenen Aufgabenfeldern und Problemanalysen der veröffentlichten Sprachheilpädagogik unterschiedene Auffassung publizierte in diesem Jahr der Dortmunder Lehrstuhlinhaber für Sprachbehindertenpädagogik, Gregor **Dupuis**.

Im Rahmen einer Anthologie zur Geschichte der Sonderpädagogik, herausgegeben von der Dortmunder Sehbehindertenpädagogin Solarová, hatte Dupuis die Aufgabe übernommen, die Geschichte der Sprachheilpädagogik/Sprachbehindertenpädagogik nachzuzeichnen, zu strukturieren, in soziale, politische und ideengeschichtliche Zusammenhänge zu stellen sowie gegenwärtige und zukünftige Problem- und Aufgabenfelder zu skizzieren. Dupuis legte mit dieser Arbeit eine der wenigen fachhistorischen Betrachtungen der Sprachbehindertenpädagogik vor (vgl. Becker/Braun 2000, Braun 1997, Grohnfeldt 2000, von Knebel 2000).
Bedeutsamkeit im Zusammenhang mit den formulierten Fragestellungen die diese Arbeit untersuchen will und im Unterschied zu bisher veröffentlichter Fachliteratur erlangte dieser Handbuchbeitrag deshalb, weil Dupuis dem Handlungsfeld klinisch-therapeutischer Sprachförderung und Rehabilitation deutliche Aufmerksamkeit widmete und Probleme der Theorie und Praxis von Sprachheilpädagogik **und** Logopäde für einen Vertreter der Sprachheilpädagogik überraschend wertneutral darstellte.

Deutlich Position bezog er in der Bewertung der zu dieser Zeit stattfindenden Konflikte zwischen Phoniatrie/Logopädie und der Sprachbehindertenpädagogik: „Fachliche Auseinandersetzungen wie sie sich in jüngerer Zeit niedergeschlagen haben, wären aus dieser Sicht [einer interdisziplinären Zusammenarbeit] nicht nach ihrem Gehalt an Polemik, sondern nach dem Versuch einer Standortbestimmung zu bewerten. Engagiertes Eintreten für die eigenen Auffassungen und die Bereitschaft zur Kooperation brauchen sich keineswegs ausschließen. Im Interesse der betroffenen Sprachgestörten muß allerdings gefordert werden, daß fachliche Kontroversen nicht zu einer Schmälerung, sondern eher zu einer Bereicherung des fachlichen Angebots an Rehabilitationshilfen führen“ (Dupuis 1983, 278).

Da er ebenfalls den Finger in die wohl nie heilende Wunde des Streites um die Frage einer ‚pädagogischen’ oder ‚klinischen’ Zuständigkeit bei der Rehabilitation von Sprachstörungen legte (vgl. Dupuis 1983, 280) und beide Seiten (Sprachheilpädagogen und Logopäden/Phoniater) an ihre von berufspolitischen Interessen geprägten eingeschränkten Sichtweisen auf das Problem erinnerte (vgl. Dupuis 1983, 280), stand er im Gegensatz zu der weiterhin dominierenden Mehrheit seiner Profession, wenn auch noch die „direkte Einbeziehung logopädischer Hilfen sowie eine Kooperation vorschulischer und schulischer Einrichtungen mit Kliniken, Heimen und Ambulanzen“ (vgl. Dupuis 1983, 281) gefordert wurde.

So akzentuiert hatte bislang noch kein sprachheilpädagogischer Universitätsvertreter eine Erweiterung und Umorientierung sprachtherapeutischer Tätigkeit, eben unabhängig von Berufsgruppenzugehörigkeiten, vorgenommen. Die gleichfalls aufgestellte Forderung, die Zusammenarbeit zwischen Sprachheilschulen und „freiberuflich tätigen Logopäden“ zu begründen und auszubauen (vgl. Dupuis 1983, 284) hätte dazu angetan sein können, Brücken zwischen den Berufsgruppen zu schlagen. Aber die Resonanz, die Dupuis bei seinen Kollegen fand, war eher gering und daher für **die** Sprachheilpädagogik nicht sehr konsequenzenreich.

Aus einer heutigen Betrachtung, in Kenntnis von Problemlagen, wie sie im Bereich der sprachtherapeutischen Arbeitfelder und der in diesen tätigen Berufsgruppen bestehen, waren seine Schlussbemerkungen weitsichtig: „Hier wäre allerdings zu fragen, ob für Sonderschullehrer an Sprachbehindertenschulen und Diplompädagogen im stationären und ambulanten Bereich nicht von vornherein eine logopädische Qualifikation unabdingbar ist. Entsprechende Studiengänge, die dies nicht einschließen, bedürfen aus dieser Sicht einer dringenden Revision. Hier ist ein Zusammenwirken zwischen Lehrpersonal (... ‚Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik') und den Berufsverbänden notwendig" (Dupuis 1983, 291).

Interdisziplinär, kooperativ, berufspolitischen und gesundheitsrechtsystematischen Fragen zugewandt, legte Dupuis in seiner historisch ausgerichteten Arbeit das Augenmerk auch auf die Probleme der Zeit und ihre mögliche Überwindung. Zu uneingebunden, gleichsam traditionsarm, von der herrschenden Lehrmeinung zu unabhängig, waren diese Gedanken jedoch für die etablierte Sprachheilpädagogik. Eine aus Sicht des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes wünschenswerte Reaktion auf Dupuis Anregungen und vor allem die Umsetzung einiger der formulierten Konzepte in Handlungen seiner universitären Kollegen oder der Verbandsfunktionäre, erfolgte daher nicht.

Belastungen in der Zusammenarbeit zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen, wie sie die Vertreter von Sprachheilpädagogik und Logopädie erlebten und wie sie von den Wissenschaftlern gelegentlich kommentiert wurden, bedauerten auch ‚einzelne' Logopäden. So plädierte Ritterfeld in diesem Jahr in einer Reaktion auf den Artikel Biesalskis in einem Leserbrief für eine deutlichere Betonung der Gemeinsamkeiten, statt in der Profilierung des Unterschiedes beider Berufsgruppen die erfolgversprechende Zukunft zu vermuten (vgl. Ritterfeld 1983, 46).

7.2.10 1984

„Die begrenzte Sensibilität der in der Sprachbehindertenpädagogik Tätigen für die Notwendigkeit zur Schaffung eigener Standesorganisationen, um fachliche und berufspolitische Belange in der Bundesrepublik durchzusetzen, wirkte sich teilweise bis hin in ungenügende Forschungsaktivitäten unserer Disziplin aus und ist an den hier zu beklagenden Defiziten mitverantwortlich“ (Grohnfeldt 1984, 2f). Da zu den beklagten Defiziten ausdrücklich auch die „... zu beobachtende Vernachlässigung außerschulischer Handlungsfelder“ (Grohnfeldt 1984, 2) zählte, war die Analyse der Situation des Faches treffgenau und erfuhr eine Bestätigung durch die Probleme der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld arbeitenden Sprachheilpädagogen.

Zunehmend war auch der Fachverband bereit, die außerschulischen Kollegen zu unterstützen und daher hatte der Hauptvorstand beschlossen, „... gegen die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien gerichtlich vorzugehen“ (von Hindenburg 1984a, 36). Es sollte ein Sprachheilpädagoge gefunden werden, dem aufgrund der ‚Richtlinien’ die Kassenzulassung verweigert worden war und die gerichtliche Durchsetzung seiner Ansprüche auf Zulassung sollte dann auf dem Klagewege erreicht werden. Zum Verlauf und Erfolg dieser Aktion wird zum Jahresende mitgeteilt: „Von 17 Mitgliedern, die alle nicht im Schuldienst sind, erhielten wir die Unterlagen, die dann an unseren Rechtsanwalt weitergeleitet wurden. Insgesamt wurden bei den Kassen 22 Widersprüche erhoben. Im Ersatzkassenbereich sind alle bislang erhobenen Widersprüche erfolgreich gewesen. Im RVO- Bereich (AOK) nur teilweise ... Zur Erzwingung eines Widerspruchsbescheides sind in einigen Fällen sogenannte Untätigkeitsklagen vor den Sozialgerichten erhoben worden“ (von Hindenburg 1984b, 298f.).

Was bedeutete das? Bevor die Gerichte feststellen konnten, dass die phoniatrisch geprägten ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien’ und die daraus resultierende Weigerung der Krankenkassen, Sprachheilpädagogen in diesem Arbeitsfeld formal anerkannt arbeiten zu lassen, mit dem grundgesetzlich garantierten Recht auf freie Berufsausübung unvereinbar waren sowie dass weitere Verstöße gegen das Sozialrecht vorlagen, hatten die Kassen ‚freiwillig’ formale Zulassungen ausgesprochen. Bis zur Neuordnung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1989 hatten alle die Sprachheilpädagogen, die bereit und in der Lage waren, sich diesen Belastungen eines drohenden Gerichtsverfahrens auszusetzen, Krankenkassenzulassungen erhalten.

7.2.11 1985

Die ‚Gefahren' denen das universitäre Fach Sprachheilpädagogik gegenüber steht, betont der Doyenne der tschechischen Logopädie, Prof. Miloslav **Sovák**, der als Gast auf der dgs- Tagung in Ravensburg das Wort ergriffen hatte und der in dem 1985 veröffentlichten Kongressband charmant und altersweise, sehr klare und nachdenkenswerte Überlegungen vortragend, ins wissenschaftliche Problemfeld vordringt. Die Grundsätzlichkeit seiner Bemerkungen sowie nicht zu verkennende ‚Gefahren' auch für die Sprachheilpädagogik im neuen Jahrtausend verdienen es, dass Sovák ausführlicher zitiert wird: „Abgesehen von den abstrakten Diskussionen über Standortbestimmungen soll die Sprachheilpädagogik lieber die konkrete Situation mit den konkreten möglichen Einwirkungen, die mit dem Eindringen von den anderen Disziplinen in Zusammenhang stehen können, richtig und zeitig bewerten. Im Falle, daß die Phoniatrie die gesamte Pathologie und Therapie übernimmt, daß die Phonetik die Pathologie der Artikulation, die Linguistik die Entwicklungsanomalien der Sprache und des Sprechens, die Psychologie die Sprachneurosen, die Neurologie die pathischen Störungen usw. ergreift, - was wird nach einem solchen ‚Ausverkauf' von dem ganzen Fach der Sprachheilpädagogik übrig bleiben?“ (Sovák 1985, 339f).

Für Sovák ist die Antwort eindeutig: „Man kann sagen: unsere unerschütterliche Basis liegt in den schulischen Sprachheileinrichtungen“ (Sovák 1985, 340).
Ein ‚touché' zu Lasten der klinisch-therapeutisch ausgerichteten Sprachheilpädagogik? Da Sovák im Fortgang seines Vortrages Cicero zitiert, sei es an dieser Stelle ebenfalls gestattet: omnia inter se connexa et apta (in freier Übersetzung: Alles hängt mit Allem zusammen).

Schulische und außerschulische Zuständigkeit und Kompetenz ist unter dem Primat einer gemeinsam betriebenen Ausbildung und in dem Wissen um die Persistenz spe-

zifischer Sprachstörungen vor, während und nach dem täglichen Besuch der Sprachheilschule nur willkürlich zu trennen.

Die Zuständigkeit und Verantwortung des Faches für beide Bereiche sahen zunehmend auch die Hochschullehrer. So entwickelte **Homburg** „Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)“ (vgl. Homburg 1985, 75ff) und formuliert zutreffend: „Infolge besonderer historischer Bedingungen stand die Sprachheilpädagogik in der Gefahr, als Sprachheil*schul*pädagogik zu verharren. Die Begrenzung auf das Schulalter hat zu einer Vernachlässigung der Prophylaxe, der Früherkennung und Frühförderung sowie von Fragen der Sprache im Alter geführt. Diese Begrenzungen werden jetzt durch eine Öffnung des Arbeitsfeldes überwunden“ (Homburg 1985, 77). Sympathiepunkte sammelte Homburg bei den beamteten Sprachheillehrern sicherlich nicht, wenn er deren sprachtherapeutische (Neben-) Tätigkeiten in Ambulanz- und Beratungsstellen im Blick hat und mit Verweis auf die Arbeitsplatznöte der jüngeren Hochschulabsolventen die arrivierten Sprachheilpädagogen auffordert, sich auf ihr Kernarbeitsfeld, die Sprachheilschule, zurückzuziehen: „So legt die dgs den Geruch ab, eine Clique von Nebenerwerblern zu sein, und stellt sich auf ihre Weise einem brennenden Problem unserer Zeit“ (Homburg 1985, 79).

*Die Aufnahme der im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung und Rehabilitation tätigen Sprachheilpädagogen in die zentrale Wahrnehmung und Positionierung des Faches verlief in Anbetracht der so langen Wartezeit auf diese Beachtung beachtlich schnell. Aber war neben der pragmatischen und formulierten Integration ebenfalls eine wissenschaftstheoretische Integration erfolgt, hatten Reflektionen über die Aufgaben und Methodiken eines im klinisch-therapeutischen Umfeld tätigen Sprachheilpädagogen stattgefunden, die diesem eine sprachheil**pädagogische** Aufgabe beimaß, ohne dessen spezifisch sprachtherapeutische Verantwortlichkeiten zu missachten? Drei Jahre später, auf dem Kongress der dgs in Mainz, äußert sich ebenfalls Homburg zu diesen Fragen. Es soll dann darauf zurück gekommen werden.*

7.2.12 1986

Im Sommer des Jahres stellte Egon **Dahlenburg**, Leiter der Bremer Sprachheilschule Thomas-Mann Straße, Ergebnisse einer Umfrage über „Arbeitsmöglichkeiten für Berufsanfänger mit einem sprachheilpädagogischen Hochschulabschluß“ in den Landesverbänden der dgs vor (vgl. Dahlenburg 1986, 167ff), die angesichts der zunehmend prekärer werdenden arbeitsmarktpolitischen Situation für junge Sprachheilpädagogen durchgeführt worden war.

Erstmals wurde versucht, mit konkreten Fakten „Aufklärung über die Aussichten in einem Beruf [zu erhalten], der noch vor Jahren als unentbehrlich, zukunftsweisend, attraktiv und mancherorts sogar als lukrativ galt“ (Dahlenburg 1986, 167). Ein Versuch, dessen Durchführungsnotwendigkeit für viele der ‚alten’ Sprachheilpädagogen nur schwer vorstellbar war.

Der Grund für diese Umfrage war folgender: „Gegenwärtig fehlen verlässliche Daten, um eine Beschäftigungsprognose für zukünftige Sprachheilpädagogen zu erstellen“ (Dahlenburg 1986, 167). Als Ergebnis der Befragung, die 64 Einzelfragen und allgemeine Bewertungskategorien umfasst hatte, konnte für den Bereich der Sprachheilpädagogen, die außerhalb des Arbeitsfeldes Schule Beschäftigung suchten, festgehalten werden:

- „In Bremen, Hamburg und Hessen gibt es Stundenverträge im Vorschulbereich bei kommunalen Trägern, im Rheinland (NRW) Verträge (bis maximal 12 Wochenstunden) in den kommunalen Sprachheilambulanzen auf Honorarbasis und in Niedersachsen, Westfalen-Lippe (NRW) und in Rheinland-Pfalz vereinzelt Zulassungen für ‚private Praxen’ unter Beachtung der Bestimmungen des Logopädengesetzes bzw. der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien“ (Dahlenburg 1986, 169).
- „Die Sprachtherapie wird in der Mehrzahl der Bundesländer vorwiegend von Sprachheillehrern durchgeführt (zumeist hauptamtlich [?? V.M.]), in Hamburg und Nordrhein-Westfalen sind in erster Linie andere (Sprach-) Therapeuten zuständig“ (Dahlenburg 1986, 172).

Der Versuch, den „Gesamtanteil der sprachheilpädagogischen Maßnahmen gegenüber dem Wirkungsfeld anderer Sprachtherapeuten (z.B. Logopäden)“ (Dahlenburg 1986, 173) zu bestimmen, ergab, dass zwar im Frühbereich (0-3 Jahre) vorwiegend Logopäden tätig waren, dass im Vorschulbereich (3-6 Jahre) in Baden-Württemberg, Saarland, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe jedoch mehr Sprachheilpädagogen als Logopäden arbeiteten, dass im Schulbereich (6-18 Jahre) eindeutig eine Dominanz der Sprachheilpädagogen bestand und dass im Erwachsenenbereich bereits in Westfalen-Lippe und im Saarland eine Mehrzahl der Sprachtherapeuten Sprachheilpädagogen waren (vgl. Dahlenburg 1986, 173).
Es wurden vom Initiator der Umfrage mehrere Schlüsse gezogen:

- Nebentätigkeiten von (beamteten) Sprachheillehrern erscheinen nicht mehr vertretbar
- Einstellungschancen für Diplom-Pädagogen werden im allgemeinen als ‚äußerst gering’ eingeschätzt [Ausnahme: „Arbeitslose Diplom-Pädagogen streben in Niedersachsen mit Erfolg eigene Praxen an“ (Dahlenburg 1986, 175)], aber:
- „Die jetzigen Honorare reichen nicht aus, einen angemessenen Lebensstandard zu sichern“ (Dahlenburg 1986, 175)

In der Summe bedeutete das für den Autor: „Für einen alleinverdienenden Familienvater dürfte das Existenzrisiko in der Regel zu hoch sein. Sprachheilpädagogen, die eine Tätigkeit in freier Praxis anstreben, sollten diese Umstände kennen, ebenfalls die begrenzten Möglichkeiten, die ihnen ‚Logopädengesetz’ und ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien’ für eine Zulassung einräumen“ (Dahlenburg 1986, 176).
Nimmt man die hier nicht vorgestellten Ergebnisse der Befragung für den schulischen Bereich hinzu, so waren die Aussichten für die Hochschulabsolventen, die als Sprachheilpädagogen im schulischen oder außerschulischen Bereich arbeiten wollten, ausgesprochen schlecht.

Eine im März 1986 vorgenommene Modifizierung der ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien’ machte die ‚Zulassung’ zur Sprachtherapie nicht mehr von Berufsgruppenzu-

gehörigkeiten allein, sondern von der Berufsausbildung plus entsprechender Qualifikationen des Einzelnen abhängig. Mit einer Ausnahme: die Logopäden (und die niedersächsischen ‚Sprachtherapeuten') blieben per se zulassungsberechtigt. Verzichtet wurde auf die Herstellung einer Nachrangigkeit der Behandler, da der Satz „... wenn Ärzte oder Logopäden nicht zur Verfügung stehen" gestrichen wurde.
Auf ein neues Problem weist in diesem Zusammenhang Heinrichs hin: „ Die übrigen Berufsgruppen sind nicht mehr genannt ... dies bedeutet im Hinblick auf die sprachtherapeutische Qualifikation eine starke Abwertung der Ausbildungsgänge, [denn] Absolventen ... werden als Sprachtherapeuten im Sinne der RVO [Reichsversicherungsordnung; regelt die gesetzlichen Grundlagen der Krankenversicherung und ihrer Leistungen] nur noch dann angesehen, wenn sie im medizinischen Bereich der Sprachrehabilitation eine Qualifikation nachweisen" (Heinrichs 1986, 153).

7.2.13 1987

Für die Geschichte des Fachverbandes dgs war das Jahr 1987 äußerst turbulent und von internen Konflikten geprägt. Obschon erst im Herbst 1986 erneut in das Amt der Bundesvorsitzenden gewählt, trat Anita Schwarze bereits im Frühjahr des Folgejahres von allen Verbandsfunktionen zurück. Zu dieser Entscheidung hatte u. a. auch eine Perspektivensuche und damit verbundene konträre Auffassungen in den Gremien des Verbandes, geführt. Zum Nachfolger wurde auf einer außerordentlichen Delegiertenversammlung in Frankfurt der Berliner Landesvorsitzende Kurt **Bielfeld** gewählt, der gemeinsam mit dem Landesvorsitzenden aus dem Rheinland, Theo **Borbonus**, als stellvertretendem Vorsitzenden sowie dem niedersächsischen Vertreter, Wolfgang **Scheuermann**, als Rechnungsführer, ein Team bildete, das eine neue, eher integrative und berufsständisch-politisch orientierte Verbandsführung als Aufgabe ansah. Alle drei waren 1980 Gründungsmitglieder des ‚Ständigen Ausschußes für Berufsfragen' gewesen und waren – obwohl Sprachheillehrer – den Problemen des klinisch-therapeutischen Arbeitsfeldes gegenüber interessiert und differenziert informiert. Insbesondere der Essener Sonderschulrektor Borbonus sah die Ausgrenzung der Sprachheilpädagogen aus dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld kritisch und problembewusst. Er wurde in den folgenden Jahren zu einem entscheidenden Wegbereiter der formalen Anerkennung von Sprachheilpädagogen in diesem Arbeits- und Handlungsfeld.

Aufmerksamkeit riefen Zahlen über die außerschulische Versorgung sprachauffälliger Kinder, Jugendlicher und Erwachsener hervor, die die Landesgruppe Niedersachsen am Beispiel der sprachtherapeutischen Praxen mitteilte. „Interessant sind die folgenden Zahlen im Vergleich: Anzahl der Sprachheilpraxen (nach Verbänden): 66 Praxen dgs; 52 Praxen ZVL; 34 Praxen Berufsverband der Sprachtherapeuten; 23 Praxen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen. Nebenberuflich sind 326 Behandler (dgs) tätig“ (Förster 1987, 181).

Bedeutsam waren solche Fakten für die Gespräche mit Krankenversicherungen, da sie eindrucksvoll dokumentierten, dass die von Phoniatern behauptete baldige alleinige Versorgungssicherung durch Logopäden (vgl. Biesalski 1982) nicht realisierbar und nicht realitätsnah war.

7.2.14 1988

Egozentrismus, Solipsismus, Einsiedelei – treffen derartige Begriffe auf die deutsche Sprachheilpädagogik zu, auf die Logopädie, die Phoniatrie oder gar auf alle drei Professionen? Betrachtet man Ereignisse vergangener Jahre, so könnte dies beinahe vermutet werden und es wird konstatiert (mit Hinweis auf die internationale Sonderpädagogik, also einem sehr viel größeren Bezugssystem als die deutsche Sprachheillandschaft), dass eine „... spezifische Variante des ‚ptolemäischen Weltbildes' vorzuliegen scheint, wobei das eigene Land [der eigene Berufsstand? V.M.] als Mittelpunkt der Welt angesehen wird“ (Grohnfeldt 1988a, 7). In diesem Jahr finden sich zu mindest in der Sprachheilpädagogik Hinweise darauf, dass Anstrengungen unternommen werden, den Horizont zu erweitern.

7.2.14.1 Exkurs 7: Bemühungen zur Überwindung des ‚ptolemäischen Weltbildes' in der Sprachheilpädagogik

Grohnfeldt bemühte sich, über das eigene Berufsbild hinauszuschauen und forderte für die Ausbildungssituation an den Hochschulen, wo er selbst in der Verantwortung stand: „Von der Sache her wie auch im Hinblick auf die zu erwartende verschärfte arbeitsmarktpolitische Konkurrenzsituation mit Angehörigen anderer Berufe im sprachtherapeutischen Bereich wird es unumgänglich sein, die sprachtherapeutische Qualifikation der Absolventen sicherzustellen und – wenn möglich – zu erweitern“ (Grohnfeldt 1988b, 267).
Hier wird es formuliert: Der Konkurrenz denen die Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld – vor allem durch die Logopäden – ausgesetzt sind, kann nur durch eine auf sprachtherapeutische Qualifikationen ausgelegte Praxisorientierung des Studiums begegnet werden. Zusätzliche Belastungen für Sprachheilpädagogen entstanden durch ein Infragestellen (und die daraus resultierende Nachweispflicht) ihrer im Studium erworbenen spezifischen sprachtherapeutisch fachlichen Kompetenzen durch die Krankenkassen (vgl. Dupuis 1983, 291; Heinrichs 1986). Folgen die sprachheilpädagogischen Lehrstuhlinhaber diesem praxeologischen (nicht allein handlungsorientiert-klienten/schülerzentrierten) Verständnis des Faches, wie es deutlich erstmals von Dupuis, aber auch von Braun angedeutet und von Grohnfeldt hier erneut angesprochen wurde?

Es existierten Vorbild gebende Beispiele, in welcher Weise eine ‚Versöhnung' von Sprachhei**lpädagogik** und Logopädie durch eine Überwindung polarisierender Vorstellungen (Westrich 1977, 86, ‚Bildungsgutvermittlung' vs. Biesalski 1982, 72, ‚Methodeneinsatz') in der Ausbildung und im Berufsbild zu erreichen wäre.

Motsch stellte das Schweizer Modell einer ‚Pädagogischen Logopädie' vor – nicht als Zukunftsentwurf sondern als Wirklichkeitsbeschreibung (vgl. Motsch 1988, 213ff).
‚Tu felix Helvetia' mochte ausrufen, wer zermürbt vom Streit der ‚Systeme' in West-Deutschland erfuhr, dass es „... in der Schweiz nie die Trennung

[gab] zwischen Sprachbehindertenpädagogen/Sprachheillehrern einerseits und Logopäden als paramedizinischem Hilfspersonal andererseits“ (Motsch 1988, 213). Es wurde das Berufsprofil der Schweizer Logopäden skizziert (vierjährige Fachausbildung „... auf dem qualitativen Niveau eines akademischen Studiums“, 218), und Motsch, der mit dem von standespolitischen und paradigmatischen Konkurrenzen ungetrübten freien Blick bereits zehn Jahre zuvor in der Rückschau auf die Geschichte der Logopädie/Sprachheilkunde, zukunftsweisende Perspektiven für eine ‚Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft' erkannt hatte (vgl. Motsch 1979), beschrieb eine ‚pädagogischen Logopädie'.

Zuvor widmete er sich jedoch den Vorurteilen und Chancen, die zwar die Schweizer Situation betrafen, die Köpfe der westdeutschen Professoren aber erreichen konnten (und sollten?), indem er im Blick auf die Entwicklung der Logopädie „... drei Aspekte des Berufswandels“ kurz zusammenfasste:

1. *„Vom Sigmatismus zum Parkinson-Patienten*: Erweiterung der Behinderungsformen und Handlungsfelder in der logopädischen Praxis.
2. *Vom Defekt- zum Systemdenken*: Notwendigkeit, die Gesamtpersönlichkeit des Kindes und sein Umfeld in die Betrachtung der Sprachbehinderung miteinzubeziehen.
3. *Vom Nachhilfeunterricht zur Kommunikationstherapie*: Notwendigkeit der Erweiterung therapeutischer Ziele, Entwicklung quantitativ vielfältiger und qualitativ anspruchsvoller therapeutischer Methoden als logische Konsequenz der zweiten Veränderung“ (Motsch 1988, 218).

Viele deutsche Sprachheilpädagogen, die im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung und Rehabilitation tätig waren oder dort nach Abschluss des Studiums arbeiten wollten, suchten ihren Platz genau in dieser dargestellten **Mitte zwischen einer Sprachheilpädagogik als (Erziehungs-) Wissenschaft und einer Logopädie als (Sprachtherapie-)Handwerk** und nahmen den Aufsatz von Motsch in der ‚Sprachheilarbeit' interessiert zur Kenntnis. Den Kern der emotionalen und kognitiven Befindlichkeiten der außerschulisch tätigen westdeutschen Sprachheilpädagogischen erreichte Motsch mit seiner zusammenfassenden Befürchtung, dass „...Nachbardisziplinen *Inter*disziplinarität als *Unter*disziplinarität verstehen.... [und]....viele Bestrebungen der sogenannten ‚Nachbarberufe' [Facharzt, Psychologe, Linguist] den beängstigenden Eindruck erwecken, daß man nicht an einer wachsenden Kompetenz des Logopäden interessiert ist, daß sie sich keinen kompetenten Partner wünschen, sondern eher gefügiges Hilfspersonal mit profundem Halbwissen" (Motsch 1988, 220f).

In Kenntnis und Analyse der im Juli 2001 in Kraft gesetzten neuen ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien' sind diese Zukunftssorgen Realität geworden: die Sprachheilpädagogen und Logopäden finden sich, gleichberechtigt und gemeinsam als bloßes Hilfspersonal des Kassenarztes, gleich welcher Fachausbildung, der Sprachtherapie allein verordnet und deren Notwendigkeit diagnostiziert(!), wieder. Im medizinisch dominierten Krankenkassen- und Gesundheitssystem wird in Negierung sämtlichen Spezial- und Spezialistenwissens dem Facharzt für Urologie oder Sportmedizin auf der formalen und damit entscheidenden Ebene eine höherwertige diagnostische Kompetenz zur Beurteilung von Sprachstörungen zugestanden, als den durch Studium und Fachschule spezial qualifizierten Sprachtherapeuten. Diese Entwicklung übertrifft selbst radikale Zukunftsvisionen der 80er Jahre.

Engagiert, pointiert und de facto zu einer ‚kopernikanischen Wende' aufrufend, ergriff **Homburg** 1988 auf dem Kongress der dgs in Mainz das Wort und äußerste sich zu „Zukunftsperspektiven in der Sprachbehindertenpädagogik"(vgl. Homburg 1988, 225ff).

Er stellte die Sprachheilpädagogik konsequent in größere politische Zusammenhänge („Megatrends – Sprachheilpädagogik als Element eines modularen Gesellschaftssystems" lautete eine Kapitelüberschrift) und wies auf begrenzte Einflussmöglichkeiten dieses Faches die großen Themen der Zeit betreffend hin. „Die Sprachheilpädagogik ist aus meiner Sicht ein Element der organisierten Gesellschaft ... Viele Entwicklungen in der Sprachheilpädagogik gehen auf deren Veränderungen zurück“ und weiter: „Wir Sprachbehindertenpädagogen müssen zunächst unsere politische Grundverantwortung wahrnehmen, ehe wir uns um die Perspektiven unserer Parzelle kümmern“ (Homburg 1988, 230). Diesen Sprung hinaus aus einer universitären Beobachtungsposition, in die manche seiner Kollegen sich begeben hatten und von der sie, unterschiedlich eingebunden und berührt, den äußeren Dingen weitgehend ihren Lauf ließen, hinein in einen Widerspruch provozierenden Meinungsstreit, den er im Verlaufe des Vortrages entwickelte, hatte so deutlich und vor breitem Publikum noch keiner unternommen.

Dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik galt Homburgs Aufmerksamkeit und er betrachtete es unter der Perspektive dort tätiger Sprachheilpädagogen. Bevor allerdings diese Parzelle des Ganzen bewertet wurde, schlug er paradigmatische Meinungspflöcke ein, die es wert sind mit nur geringen Kürzungen in Erinnerung gerufen zu werden: „Wie wir alle wissen, ist unser medizinisches Versorgungssystem in einer Krise. Es ist in einer finanziellen und in einer konzeptionellen Krise. Wenn die Ausgabensteigerungen nicht aufgefangen werden, droht der Kollaps, weil die Finanzierung über direkte und indirekte Lohnbestandteile und über öffentliche Mittel die Grenzen des politisch Hinnehmbaren und Durchsetzbaren erreicht. Bedeutsamer ist die konzeptionelle Krise des gegenwärtigen Medizinbetriebes ... Krankheit wird in der modernen Medizin wie eine Art Maschinendefekt, wie eine technische Panne verstanden. Die Medizin kann heute gute Erfolge aufweisen, wo kausale Therapie möglich ist. Bei den überwiegenden Fällen ist ihr jedoch nur eine symptomatische Behandlung möglich[6]. Dafür hat sie eine nicht mehr übersehbare Zahl von Spezialisten herausgebildet ... Ein **Paradigmenwechsel**, weg vom technologischen Medizindenken hin zu **Heilung** und **Gesundheit** steht an“ (Homburg 1988, 232ff).

---

[6] Zur unterschiedlichen Semantik im Lexikon von Sprachheilpädagogik und Phoniatrie des Begriffes ‚Symptom’ vgl. von Arentsschild 1983, 10 und Homburg an dieser Stelle.

Fürwahr ein paradigmatischer Konflikt, der weit über eine bruchstückhafte Betrachtung nur eines Bereiches, den der Sprachtherapie/ Sprachheilpädagogik, hinausreicht, obgleich er massiv in ihn hineinwirkt. Die von ihm betitelten ‚Megatrends' in einer Gesellschaft sind es, die Homburg hier anspricht und zu deren Umkehr er aufruft.

Ein Selbstverständniswandel in Richtung auf eine politische (Sprachheil-) Pädagogik, so könnte seine Aufforderung benannt werden, wenn er von ihr verlangt: „... ihre Erkenntnisse über den Menschen als handelndes Wesen, über die kommunikativen Grundlagen der menschlichen Existenz, über die Sprachlichkeit des Menschen einzubringen" (Homburg 1988, 234). So kritisch, wie er mit dem medizinischen Paradigma der Symptomorientierung wie er es beschreibt umgeht, so kritisch betrachtet er auch mittelfristige Perspektiven ‚klinischer Sprachheilpädagogik' – ein neuer Terminus.

„Das Sprachheilwesen ist in Teilen durch das Gesundheitssystem strukturell bestimmt. Über sprachheilpädagogische Belange wird deshalb dort nach einem technischen Grundverständnis und im Rahmen der dort üblichen Finanzregelung entschieden. ... Der Auftrag [die Sprachtherapie] ist beendet, wenn keine äußerlich erkennbare Störung mehr vorliegt. Nicht eine ganzheitliche Menschenbildung ist gefragt, Honorar wird nur für die Symptombeseitigung gezahlt. Der große Vorteil für klinisch arbeitende Sprachheilpädagogen ist die Einzelfallabrechnung aus dem großen Topf der Kassen. ... Mit diesem Finanzierungssystem sind die klinisch arbeitenden Sprachheilpädagogen aber zugleich auch an die Nachteile dieses sogenannten Gesundheitssystems gebunden. Die Verordnung im 6er Pack mag für Massagen und einzelne funktionelle Sprechübungen bei Erwachsenen angemessen sei. ... Der klinisch arbeitende Sprachheilpädagoge steht unter systembedingtem Kosten- und Zeitdruck. Er kann entweder dem Kind nicht gerecht werden oder muß Selbstausbeutung betreiben" (Homburg 1988, 235).
Das ist eine klare Sprache und eine klare Analyse der Situation und der Probleme in diesem Arbeitsfeld. Tabu- und schnörkellos, auf sprach-

heil(sonder)pädagogische Euphemismen verzichtend, bezieht Homburg Stellung.

Kann es aus einer sprachheilpädagogischen Perspektive eines im klinisch-therapeutischen Feld tätigen Sprachheilpädagogen eine schlüssige Entgegnung auf das zentrale Implikat seiner Ausführungen geben, das zugespitzt lautet: Das marode, dem medizinischen Symptomverständnis verpflichtete Gesundheitssystem korrumpiert die in ihm und aus ihm Existierenden qua innerer Systemlogik? Nicht-symptomatologisch ausgerichtete Konzepte, wie eine pädagogische Sprachtherapie, sind nicht organisierbar, weil systemwidrig?

Welche Alternativen sieht Homburg? Einen außerhalb des Gesundheitssystems stehenden sprachtherapeutischen Versorgungszweig? Übernimmt er Vorstellungen wie sie Teumer 1977 dargelegt hatte (vgl. Kap. 7.2.3.1 Exkurs 2) und fordert die kultusbehördliche Zuständigkeit? Steht er in dieser Frage in der konzeptionellen Nähe zu Orthmann, der die ausschließliche Verantwortung der Sprachheilschule für die Betreuung und Förderung von Sprachbehinderten gegeben sehen wollte? Dass dies die denkbaren Konsequenzen waren, musste Homburg bewusst sein. Wurde erneut der Versuch einer Pädagogisierung der ‚klinischen Sprachheilpädagogik' unternommen unter der von Biesalski ja zu Recht angemerkten Überbetonung des Erziehungsauftrages und unter Verzicht auf differenzierte, spezifische Fachargumente aufgreifende und einschränkende Definitionen von ‚Sprachstörungen'?
Homburg beantwortet allerdings mögliche Fragen nicht, er problematisiert sie. Das von ihm eingangs seines Referates gewählte Motto: Gib dem Hungrigen eine Angel und keinen Fisch! (Homburg 1988, 227) legitimiert ihn dazu. Probleme sollten zuerst einmal erkannt werden. Er gibt nicht vor Lösungen zu besitzen, aber Wege sollten gesucht werden. Wenn er, ähnlich wie Dupuis (1983) oder Grohnfeldt (1988a) rät, „... durch besser angepasste Ausbildungsordnungen die Chancen der akademisch ausgebildeten Sprachheilpädagogen für klinische Arbeitsfelder steigen" zu lassen (Homburg 1988,

236), dann ist er realitätsnah genug, um mit den als problematisch erkannten Spezifitäten im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld nicht zugleich die Forderung zu verbinden aus, pädagogisch-ethischen Grundsatzüberlegungen heraus dieses Feld erst gar nicht zu betreten oder es schnell wieder zu verlassen. Hierin unterscheidet er sich deutlich von Orthmann.
Die zunehmende Problematik einer Bildungs(Schul-)politik, die öffentlich auf Integration der Schüler an Sprachheilschulen in Regelschulen und auf Umgestaltung bestehender Förderkonzepte setzte und tatsächlich Kostenersparnis meinte, weil sie bewährte Systeme abschaffte, ohne Alternativen dazu zur Verfügung zu stellen, fand in diesen Tagen eine ähnlich radikale Kritik und hatte die dgs zu der Herausgabe eines Grundsatzprogramms bewogen, dessen Mitautor ebenfalls Homburg war (vgl. dgst 1988, 125ff). Die Alternative konnte auch hier nicht sein, die Gefahren einer pädagogischen Korruption durch Anpassungen an dramatisch enger werdende sprachheilschulische Spielräume und Gestaltungsmöglichkeiten durch den Rückzug ins Private zu vermeiden.

Eine Antwort auf die Homburgschen Implikate versuchten auf der gleichen Tagung **Rodenwaldt** und **Wilhelm** zu geben, als sie „Zur Förderung Sprachbehinderter im Rahmen einer freien Praxis" Aussagen machten. Auch sie erkennen, dass die „... freie Praxis im Spannungsfeld zwischen Medizin und Pädagogik" (Rodenwaldt/Wilhelm 1988, 355) angesiedelt ist, aber sie zeigen eingangs ihres Referates eine andere Grundsatzposition auf, die aus einem integrationspädagogischen Verständnis heraus Wege sucht: „Die Praxis als die gemeinde- und familiennahe Einrichtung beinhaltet zum einen die Chance, die Förderung Sprachbehinderter auf die Situation der Familie im Kontext der Gemeinde (u.a. Schule, Kindergarten, Ärzte) auszudehnen, und zum anderen die Möglichkeit, der Vermeidung von Segregation" zu fördern (Rodenwaldt/Wilhelm 1988, 355). Sie heben die Vorteile der freien Praxis gegenüber stationären und teilstationären Sondereinrichtungen hervor, die durch ihre Wohnortnähe „Aussonderung von Menschen, die besondere Sprachbeeinträchtigungen aufweisen, entgegenwirken und zur Vermeidung einer Isolation vom sozialen Lebensraum beitragen“ (Rodenwaldt/Wilhelm 1988, 358). Insbesondere der ständige und intensive Elternkontakt unterscheide eine freie Praxis deutlich von anderen Fördersystemen, wie der Sprachheilschule, da Elternanleitung und -beratung, trotz formaler Hürden durch die Krankenkassen, zum festen Bestandteil der täglichen Arbeit in diesen Einrichtungen gehöre (vgl. Rodenwaldt/Wilhelm 1988, 363).

*Dies waren erste theoretische Überlegungen, die die Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld zu begründen versuchten. Aber sie kamen nicht aus dem Wissenschaftssystem sondern aus der Praxis. Um die bei der Darstellung des Jahres 1985 formulierte Frage, ob eine Konzeption oder Didaktik einer sprachheilpädagogischen Sprachtherapie entwickelt wurde, vorläufig zu beantworten: Reflektionen über die Aufgaben und Methodiken eines im klinisch-therapeutischen Umfeld tätigen Sprachheilpädagogen, die diesem eine sprachheil**pädagogische** Aufgabe beimaß ohne dessen spezifisch sprachtherapeutische Verantwortlichkeiten zu missachten, hatten aus universitärer und/oder wissenschaftstheoretischer Sicht noch nicht stattgefunden.*
Die Adaptation der klinisch-therapeutisch handelnden Sprachheilpädagogen und ihrer Tätigkeitsfelder in ‚die’ Sprachheilpädagogik war pragmatisch, jedoch nicht theoriegeleitet erfolgt. Bis zu diesem Jahr war kein Versuch unternommen worden, theoretisch differenziert herzuleiten, warum die Sprachheilpädagogik denn überhaupt Zuständigkeiten und Verantwortungen für dieses Handlungsfeld empfand und übernehmen wollte.

7.2.15 1989

Die Notwendigkeit, den Anteil sprachtherapeutischer Praxis im Studium der Sprachbehindertenpädagogik zu erhöhen, hatten Hochschullehrer nicht nur erkannt und beschrieben, sondern an einigen Hochschulen auch umgesetzt. Über positive Erfahrungen mit dominant praxisorientierten universitären Lehrveranstaltungen wiesen daher zwei Studentinnen der Kölner Universität in einem Leserbrief an die ‚Sprachheilarbeit’ hin und riefen dazu auf, auch an den anderen Hochschulen ‚reine’ Praxisseminare anzubieten (vgl. Iven/Felten 1989, 47).

Wie notwendig es für Sprachheilpädagogen geworden war, spezifische sprachtherapeutische Theorie- und Praxiskompetenzen, differenziert nach unterschiedlichen Sprachstörungsbildern, nachzuweisen, verdeutlichten die in diesem Jahr an Intensität zunehmenden Belastungen für klinisch-therapeutisch tätige Sprachheilpädagogen durch das in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz (GRG). Am 20. Dezember 1988 vom Deutschen Bundestag als ‚Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen’ verabschiedet und zum 1. Januar 1989 in Kraft gesetzt, trug es seinen Namen zu Recht: es reformierte das bundesdeutsche Gesundheitssystem. Was auf den ersten Blick als ein verwaltungstechnisches Verschieben von Verantwortungen und Zuständigkeiten betrachtet werden konnte, erwies sich in der Umsetzung als ein wirksames und für zahlreiche Betroffene schmerzhaftes Instrument, bestehende und historisch gewachsene Verträge oder Leistungen auf den Prüfstand zu stellen.

Zum Verständnis: Die Artikel 20 und 28 Absatz 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland hatten das Sozialstaatsgebot dieses Staates verpflichtend festgeschrieben. Dies bedeutete, niemand sollte in der Folge sozialer Not oder Krankheit, unabhängig von der Frage ob selbst oder fremd verschuldet, ohne staatliche, finanzielle und materielle Hilfe auskommen müssen. Die Väter der Verfassung hatten die Grundpfeiler der Sozialversicherung, die zu Teilen bis in die Bismarckschen Sozialgesetzgebungen zurückreichten, im Wesentlichen unangetastet gelassen, also auch das Sozialgesetzbuch und die einzelnen ‚Bücher’ der Reichsversicherungsordnung. Das Sozialgesetzbuch regelte grundsätzlich und detailliert, welche sozialen Rechte und Pflichten der Einzelne in der Gesellschaft wahrzunehmen hatte und welche Leistungen abzugeben und verfügbar waren. Dies betraf Fragen der Sozialhilfe, der Ausbildungsförderung, der Rente, bei Unfällen, Sozialleistungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, der Kinder- und Jugendhilfe und vieles mehr. Die Reichsversicherungsordnung hatte in ihrem zweiten Buch das gesamte Gesundheitswesen geregelt. Seit dem 1. 1. 1989 war die Reichsversicherungsordnung für den Geltungsbereich dieses zweiten Buches außer Kraft gesetzt worden und sämtliche Bereiche des

Gesundheitswesens wurden Teil des Sozialgesetzbuches. Da das Sozialgesetzbuch ebenfalls in einzelne ‚Bücher' unterteilt ist (Sozialversicherung, Rentenversicherung, Kinder- und Jugendhilfe usw.; es gab 1989 insgesamt zehn, seit der Einführung der Pflegeversicherung 1996 sind es elf) wurde das bisher in der Reichsversicherungsordnung geregelte Gesundheitswesen in das Sozialgesetzbuch mit dem Band V integriert und erfuhr dort die Eingliederung in eine neue Struktur.

Mit diesem Wechsel verbunden waren neue Rechtssystematiken, die regelten, was zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehörte. Im § 11 wurden die Leistungsarten festgelegt (Förderung der Gesundheit, Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten); die § 27 und § 32 regelten u.a., dass Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Arznei-, Verband-, **Heil-** und Hilfs**mitteln** hatten; im § 91 war festgelegt worden, dass Ärzte und Krankenkassen Bundesausschüsse einzurichten hatten, die u.a. die für die Sprachtherapie bedeutenden Heil- und Hilfsmittelrichtlinien zu verantworten hatten und in den §§ 124ff schließlich waren die „Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln" bestimmt worden. Zu diesen gehörte zuerst die Zulassung gemäß § 124 SGB V, da festgelegt wurde, dass „Heilmittel ... der Sprachtherapie ... nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden" durften (SGB V, BGBL I S. 2477, 1988). Zugelassen werden konnte nur, wer qualifiziert ausgebildet war und eine „zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis" besaß. Bedeutsam für die Sprachheilpädagogen erwies sich der Absatz 4 des § 124, der besagte: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen **gemeinsam** geben **Empfehlungen** [Hervorhebung V.M.] für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden" (SGB V, BGBL I S. 2477, 1988).

Auf dieses neue Gesetz und dessen für Sprachheilpädagogen zum Teil erhebliche Auswirkungen bezog sich Borbonus, als er über eine im Oktober des Jahres stattgefundene Tagung mit einem Spitzenbeamten des Gesundheitsministeriums berichtete. Dabei ging er auf die sachlichen und fachlichen Widersprüche und Ungereimtheiten ein, die dieses Gesetz in der praktischen Umsetzung durch die Vertreter der Krankenversicherungen mit sich brachte (vgl. Borbonus 1989c, 296f). Nach einem kurzen historischen Rückblick auf die ungebrochene Tradition, mit der Sprachheilpädagogen auch im nicht-schulischen Raum sprachtherapeutisch tätig waren und seien, bringt der stellvertretende Bundesvorsitzende der dgs seine Ausführungen auf den Punkt: „Unsere massive Kritik richtet sich nicht gegen das Gesundheitsreformgesetz, sondern gegen die Krankenkassen, die das Gesundheitsreformgesetz benutzen, um z.B. in den gemeinsamen Empfehlungen die Sprachheilpädagogen als Leistungserbringer auszuschließen. Danach sind die Sprachheilpädagogen keine qualifizierten Behandler“ (Borbonus 1989c, 297). Er weist analytisch präzise nochmals auf die berufs- und sozialpolitischen Hintergründe hin, die zum Rehabilitationsangleichungsgesetz, der ‚Begutachtungsanleitung’ und den ‚Heil- und Hilfsmittelrichtlinien’ geführt hatten und auf die konsekutiven Auswirkungen, denen sich Sprachheilpädagogen aktuell gegenüber sahen: „ In diesem Zusammenhang wurde versucht, bei Sprachstörungen zwischen medizinischer und sozialer Indikation zu unterscheiden, um eine eindeutige Zuordnung zum Kostenträger zu erreichen. Die Berufsgruppe der Phoniater versuchte, die im Bereich der Rehabilitation Sprachbehinderter tätigen sprachtherapeutischen Fachkräfte den einzelnen Kostenträgern zuzuordnen, insbesondere dem Kostenträger Krankenkasse“ (Borbonus 1989c, 297). Probleme für die Sprachheilpädagogen entstanden, weil die Krankenkassen auf Erfüllung des Absatzes 2 Satz 1 des § 124 SGB V bestanden, der eine berufsrechtliche Anerkennung verlangte, wie sie nur die per Bundesgesetz geregelte Logopädenausbildung und die per Landeserlass geregelte Sprachtherapeuten- und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer-Ausbildung in Niedersachsen, qua erhaltener Berufsurkunde beim erfolgreichen Abschluss der Ausbildung, mit sich brachte.

Im Vorfeld der neuen vertraglichen Systematiken durch das Gesundheitsreformgesetz, waren die bestehenden Verträge zwischen Krankenkassen und freiberuflich in Praxen arbeitenden Sprachheilpädagogen zahlreich gekündigt beziehungsweise überprüft worden. Nur mit Beschränkungen auf die Behandlungserlaubnis für einzelne Sprachstörungen (zum Beispiel Sprachentwicklungsverzögerungen und Stottern, aber nicht Aphasien und Stimmstörungen) waren die Verträge vielfach auf die neue Systematik umgestellt worden. Die Krankenkassen hatten das GRG zu einer radikalen Kostendämpfung durch den Ausschluss einer großen Behandlergruppe aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung nutzen wollen. Das dabei für die Kassen entstehende unüberwindbare Problem erkannte und beschrieb Borbonus: „Selbst wenn man einmal die historischen Gesichtspunkte außer acht lassen würde, ist eine Sicherstellung sprachtherapeutischer Leistungen ohne die Sprachheilpädagogen auf viele Jahre unmöglich“ (Borbonus 1989c, 297). Zur Sicherstellung aber war die Gesetzliche Krankenversicherung gesetzlich verpflichtet, das wusste sie und darum schloss sie trotz des § 124 Absatz 1 und der nahezu völligen Verweigerung in den ersten Monaten des Jahres, neue Verträge mit Sprachheilpädagogen einzugehen, in der Folge, Verträge mit Sprachheilpädagogen ab, erhöhte jedoch ständig über das Instrument der ‚Gemeinsamen Empfehlungen' ihre Qualifikationsanforderungen, besser ihre Forderungen an die Nachweise spezifischer, praxisnaher universitärer Veranstaltungen.

Die Diskussionen um eine vermeintlich praxisferne Ausbildung der deutschen Sprachheilpädagogen waren auch auf der europäischen Ebene, lanciert vom Verband der Logopäden, geführt worden. Über den Diskussionsverlauf berichtete Homburg und die ‚Ausbildungsproblematik' hatte ihn, in ergänzender Kenntnis der bundesrepublikanischen Zulassungsschwierigkeiten mit den Krankenkassen, dazu veranlasst „... allen Hochschulen, die ein Diplom-Studium anbieten [zu raten], den Abschluß *Diplom-Logopäde* zu nennen“ (Homburg 1989, 296).

Die Entwicklungen im Jahre des neuen Gesundheitsgesetzes waren begleitet von heftigen Angriffen der Logopäden auf die behaupteten nur pädagogischen und nicht spezifisch sprachtherapeutischen Kompetenzen der Sprachheilpädagogen (vgl. Strauch 1989, VI f.) und provozierten öffentliche Anmerkungen des dgs-Vorsitzenden Bielfeld (vgl. Bielfeld 1989, 231).
Die historische Dimension, die dieses Jahr für die Menschen in Ost- und Westdeutschland eröffnete, konnten die Funktionäre der westdeutschen Sprachheilpädagogen hautnah miterleben. Vom 9. bis zum 11. November 1989 tagte der Hauptvorstand der dgs in Berlin.

Am Ende des ersten Sitzungstages erfuhren die Teilnehmer von der Öffnung der Mauer, die diese Stadt so geprägt hatte. Einige der Sitzungsteilnehmer hatten ihre ostdeutsche Heimat in den zurückliegenden Jahren verlassen aber Kontakte zum ostdeutschen Sprachheilwesen waren durch Einzelne stets aufrecht erhalten worden. Die Emotionen dieses Tages beeinflussten auch den Fortgang der Tagung und bereits auf der nächsten Hauptvorstandssitzung vom 3. bis zum 5. Mai 1990 in Würzburg konnte der Vorsitzende Bielfeld Vertreter der dgs-Landesgruppen Berlin-Ost, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen begrüßen.

7.2.16 1990

Am 3. Oktober 1990 trat der zwischen der Regierung Kohl, Bundesrepublik Deutschland, und der Regierung de Maiziere, Deutsche Demokratische Republik, ausgehandelte ‚Vertrag über die Herstellung der Einheit Deutschlands', der Einigungsvertrag, in Kraft.

Die völlige Umgestaltung der Struktur der ehemaligen DDR, auch der Strukturen des Sprachheilwesens, bedeutete sowohl die Gefahr der Zerschlagung bewährter Systeme als auch die Chance, Neues optimiert zu gestalten. In einem ausführlichen Schreiben hatte sich im Januar des Folgejahres der Vorsitzende der Ständigen Dozentenkonferenz, Baumgartner, im Namen der Lehrenden des Faches Sprachheilpädagogik an die Vorsitzende der Kultusministerkonferenz gewandt. Sein Appell war eindringlich: „Die flächendeckende Versorgung Sprachbehinderter war auch außerhalb der Schule vorbildhaft ausgebaut worden. Was hier erfolgreich geleistet wurde und wird, sollte im kritischen Leistungsvergleich auf seinen Modellcharakter hin für ganz Deutschland durchaus geprüft werden" (Baumgartner 1991, zit. n. Becker/Braun 2000, 291).

Es sollte das Ziel vielfältiger Forschungsaktivitäten des Faches Sprachheilpädagogik oder – möglicherweise fachwissenschaftlich prädestinierter – der Sozialwissenschaft werden, zu untersuchen, mit welchen Konsequenzen für die Sprachbehinderten, deren Angehörigen, die Sprachheilpädagogen oder die Wissenschaftsentwicklung die radikale, undifferenzierte und Versorgungsnotstände herstellende völlige Zerschlagung des gesamten Systems der Sprachheilfürsorge in der DDR verbunden war. Dass es zerschlagen wurde, war eine Folge des Überstülpens westdeutschen Politik- und Rechtsverständnisses auf die fünf neuen Bundesländer. Sprachförderung und Sprachrehabilitation außerhalb der Sprachheilschulen wurde daher aus der zu DDR-Zeiten geltenden Zuständigkeit des Kultusministeriums nach BRD-Vorbild in die Verantwortung des Gesundheitsressorts übertragen. Beratungsstellen, Polikliniken, Sprachheilkindergärten mit Ambulanzen etc. wurden bis auf wenige Ausnahmen aufgelöst.

Einen positiven Unterschied zu ihren Kollegen in Westdeutschland erfuhr jedoch der größte Teil der Sprachheilpädagogen Ostdeutschlands, die allesamt an der Humboldt-Universität in Berlin ausgebildet worden waren. Sie konnten den Antrag auf Erteilung der formalen Berufsbezeichnung ‚Logopäde' stellen, taten dies auch und waren dadurch für den Fall, dass sie in einer eigenen Praxis freiberuflich unter den nun neu geordneten Bedingungen tätig werden wollten, von den zermürbenden formalen Problemen der westdeutschen Sprachheilpädagogen befreit.

Die Verdrängung von Sprachheilpädagogen aus dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld drohte für die Betroffenen dramatisch zu werden[7]. Absolventen der Diplom- und Magisterstudiengänge, die nach Abschluss des Studiums und einer sich anschließenden berufspraktischen Erfahrungszeit in Akut- oder Rehabilitationskliniken, städtischen Sprachheilambulanzen, Frühförderstellen oder Sprachheilkindergärten die Niederlassung in einer eigenen Praxis anstrebten, mussten ihre beruflichen Perspektiven neu suchen. Dies drohte jedoch zu einer ‚Verstopfung' der Stellen im Angestelltenbereich zu führen, die es zum einen noch nicht sehr reichlich gab, zum anderen von den nicht auf den freien Arbeitsmarkt abwandernden Stelleninhabern nicht geräumt werden konnten. Hier zeigte sich ein gewaltiges Problem für die in den Universitäten immer zahlreicher ausgebildeten und ebenfalls auf den Arbeitsmarkt

[7] Für den Westen des ab Oktober vereinten Deutschlands darf dennoch anekdotisch angemerkt werden, dass die Krankenversicherungen ‚offiziell' in Fortsetzung der aufgezeigten Diskussionen um die Anwendung der ‚Gemeinsamen Empfehlungen' Sprachheilpädagogen zwar als nicht qualifizierte Behandler betrachteten, beispielsweise im Heft 6 der ‚Sprachheilarbeit' die AOK jedoch ausdrücklich für „... unser AOK-Gesundheitszentrum in Velbert baldmöglichst eine Diplom-Sprachheilpädagogin" suchte (AOK Kreis Mettmann 1990, 339).

drängenden Studierenden der Sprachheilpädagogik, die zu Recht rapide schwindende Berufsperspektiven befürchteten.

Auch wenn es der dgs-Landesgruppe Rheinland durch den Einsatz ihres Vorsitzenden Borbonus und eines deutlich und lauter werdenden Engagements der freiberuflich tätigen Sprachheilpädagogen gelungen war, zum 1. September einen Rahmenvertrag mit den Krankenkassen des Landes zu schließen um damit erstmals seit in Kraft treten des Gesundheitsreformgesetzes ‚offiziell' von Krankenkassen als behandlungsberechtigte Sprachtherapeuten anerkannt zu werden (vgl. Borbonus 1990a, 263), war damit lediglich in einem halben Bundesland (Westfalen-Lippe war erst im Jahre 2001 bereit, einen Vertrag mir Sprachheilpädagogen abzuschließen!) eine Anerkennung sprachheilpädagogischer Zuständigkeit für die klinisch-therapeutische Sprachförderung verbunden.

In dieser Situation hatte sich der Vorsitzende der dgs bereits 1989 an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages gewandt und ihn aufgefordert, „... dahingehend tätig zu werden, daß das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung die Krankenversicherungen dazu anhält, die Zulassungspraxis zur Behandlung von Sprachbehinderten im Sinne des Entschließungsantrages [des Logopädengesetzes von 1980] zu handhaben" (Bielfeld 1990c, 323). Zwei bemerkenswerte Dinge waren damit geschehen. Aus der Sicht der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen hatte sich in einer bisher unbekannten Konsequenz der Fachverband für deren Interessen deutlich und politisch werdend eingesetzt. Deren Sorgen und Probleme wurden nicht mehr vor allem störend empfunden. Zum zweiten waren die westdeutschen Sprachheilpädagogen damit erstmals nicht allein im kultusministeriellen Zuständigkeitsbereich meinungsbildend aktiv geworden, sondern hatten ihre Zuständigkeit für den im Verantwortungsbereich der Gesundheitsministerien liegenden sprachtherapeutischen Bereich offensiv behauptet. Der Petitionsausschuss teilte der dgs am 15. April 1990 mit, dass er die Petition angenommen habe und sie „... den Fraktionen des Bundestages zur Kenntnis gegeben habe" (Bielfeld 1990c, 323). Der Erfolg dieser Aktivität sollte die Sprachheilpädagogen in ihrem Willen bestärken, das Arbeitsfeld klinisch-therapeutischer Sprachförderung nicht aufzugeben.

Auf der Delegiertenversammlung des Fachverbandes im Oktober 1990 in Marburg wurde erstmals in der 1927 begonnenen Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ein im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation tätiger Sprachheilpädagoge in verantwortliche Verbandsfunktionen und damit in die Entscheidungs- und Handlungsebene der Sprachheilpädagogik, mit Anbindung an den Hochschulbereich, gewählt: „Als Referenten kamen Prof. Dr. Jürgen Teumer und Volker Maihack in den Hauptvorstand“ (Willker 1990, 321). Die verbandsinterne Integration der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen wurde damit ein Stück weiter vorangetrieben. Die wissenschaftstheoretische Integration dieses Handlungsfeldes in die Forschungs- und Reflektionsaktivitäten der Hochschulen fand in einem erwähnenswerten Maße dagegen noch nicht statt.

8. Zusammenfassung und Interpretation im Hinblick auf die Fragestellungen

8.1 Analyseergebnisse

Betrachtet man den Stellenwert der klinisch-therapeutischen Sprachförderung wie sie im Rahmen der Fachwissenschaft Sprachheilpädagogik beschrieben wird, so muss man feststellen, dass eine Bewertung auch heute noch äußerst divergent ausfällt.

„Der traditionelle Gegenstandsbereich der Sprachheilpädagogik in Theorie und Praxis war und **ist auch heute noch** [Hervorhebung V.M.] in der pädagogisch-therapeutischen Förderung von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Schule zu sehen“ (Romonath 2001, 155).

„Das Primat der Sprachheilschule ist [...] einer kaum vergleichbaren Vielfalt [...] gewichen. [...] Im außerschulischen Bereich ist die aktuelle Situation eher durch Ausweitung gekennzeichnet [...] Dies ist Ausdruck einer Akzentverschiebung von schulischer und außerschulischer Sprachheilpädagogik“ (Grohnfeldt 2000a, 5; vgl. auch 2000b, 15).

Was ist, bezogen auf den Bereich der klinisch-therapeutischen Sprachförderung durch Sprachheilpädagogen, in den rund siebzig Jahren vor und ca. dreißig Jahren nach der Feststellung von Dirnberger geschehen, dass **die** ‚zentrale Institution der Sprachbehindertenpädagogik die Sprachbehindertenschule sei’ (vgl. Dirnberger 1973, 39)? So wenig, dass diese Auffassung wie sie neben Dirnberger auch von Wulff (1955), Orthmann (1969a), oder Sovák (vgl. 1985) vertreten wurde, heutzutage nicht relativiert werden müsste? Oder doch so viel, dass eine abweichende Betrachtung der deutschen Sprachheilpädagogik und deren Handlungsfeldern, wie sie u.a. von Essen (1957), Leites (1965), Dupuis (1983) oder Borbonus/Maihack (2000) vornehmen, am Beginn des 21. Jahrhunderts zulässig ist (vgl. Grohnfeldt 2000 a und b)?

In dieser Arbeit wurde versucht, die Entwicklungen des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes von Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen im Rückblick auf rund ein Jahrhundert sprachheilpädagogischer Praxis nachzuzeichnen und zu verstehen. Ebenso war es das Ziel, die wissenschaftliche Theoriebildung des Faches Sprachheilpädagogik unter der Zentrierung auf klinisch-therapeutische Handlungsfelder und damit verbundene Betrachtungen und Bewertungen in ihren prinzipiengeleiteten Grundzügen aufzuzeigen und zu hinterfragen. Die übergeordnete Forschungsfrage lautete warum und wie es dazu kommen konnte, dass die, historische gesehen, älteste und bis zum Beginn der 90er Jahre zahlenmäßig größte Gruppe der in der Sprachrehabilitation Tätigen, d.h. der Sprachheilpädagogen innerhalb und außerhalb von Sprachheilschulen, aus dem Bereich des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes verdrängt werden sollten? Die Motivation zur Beantwortung der Leitfragen unter der diese Betrachtungen stattfanden, resultierte aus einer zu Beginn der Arbeit konstatierten erheblichen berufspolitischen Belastung und aus formalen Akzeptanzproblemen von Sprachheilpädagogen in klinisch-therapeutischen Handlungsfeldern. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Entwicklung der Disziplin, wie sie sich im Spiegel der von ihrer Fachgesellschaft (der 1927 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und ihrer Folgeorganisation, der 1968 gebildeten Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik) herausgegebenen Publikationen darstellte.

Zur Reflektion der Ergebnisse und zur Beantwortung der in Kapitel 1.3 formulierten Fragestellungen sollen neun Analyseergebnisse und deren Erläuterungen dienen.
Die Forschungsfragen lauteten im Einzelnen:

1. Welche zeithistorischen, vorwiegend gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungslinien haben die formale Struktur des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes von Sprachheilpädagogen geprägt?

Antworten auf diese Fragen finden sich in den Analyseergebnissen 1, 3 und 8.

2. In welcher Weise beeinflussten konzeptionelle Vorstellungen über sprachheilpädagogische Aufgaben und Kompetenzen, wie sie in den verschiedenen Theoriemodellen der Sprachheilpädagogik im Kontext zeithistorischer Veränderungen entwickelt wurden, Aktivitäten der Sprachheilpädagogik oder

das Verständnis sprachheilpädagogischer Tätigkeiten im Hinblick auf das klinisch-therapeutische Handlungsfeld?

Ein Beantwortung dieser komplexen Fragestellung soll in den Analyseergebnissen 5 und 7, sowie unter spezifischen Aspekten in den Analyseergebnissen 1 und 8 unternommen werden.

3. Entwickelte sich innerhalb der Sprachheilpädagogik eine Theorie zur Praxis der Sprach**therapie**?

Diese Frage wird in der Reflektion über die Analyseergebnisse 6 und 9 bearbeitet.

4. Welche Inhalte bestimmten und welche Verläufe nahmen paradigmatische Auseinandersetzungen zwischen

   a) der Sprachheilpädagogik einerseits und der Phoniatrie andererseits

   sowie

   b) der Sprachheilpädagogik auf der einen und der Logopädie auf der anderen Seite?

Mit dem Analyseergebnis 2 und den folgenden Ausführungen werden zentrale Gesichtspunkte zum ersten Teil der Frage angesprochen und in der Darstellung der Analyseergebnisse 4 wird der zweite Teil der Frage ausführlicher erörtert.

Das in der Arbeit bisher gewählte methodische Prinzip einer persönlichen Kommentierung (durch Kursivdruck), findet bei der Bearbeitung einzelner Analyseergebnisse weiterhin Anwendung.

Analyseergebnis 1

Die Wurzeln der Sprachheilpädagogik liegen in der außerschulischen Sprachtherapie

Der Beginn der Sprachheilpädagogik wird üblicherweise in die Heilkursusperiode, wie sie von Albert und Herrmann Gutzmann sen. mitbegründet wurde, an das Ende des 19. Jahrhunderts gelegt. Die im ersten und zweiten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts einsetzenden schulischen Formen der Sonderbetreuung sprachbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – der Übergang von der Heilkursusperiode zur Sprachheilschule – wird in der veröffentlichten Fachmeinung als ein weitgehend lineares Ereignis betrachtet: die Sprachheilkurse wurden durch die Sprachheilschule abgelöst und ersetzt (vgl. Kapitel 3.1.1).

Wie die Auswertung der Quellen gezeigt hat, vollzog sich diese Entwicklung jedoch **nicht** linear. Dieses Geschehen ist eher prozesshaft zu betrachten und die Heilkurse wurden nicht abgeschafft oder beendet. Vielmehr existierten sie neben den Sprachheilschulen bis etwa zum Beginn des zweiten Weltkrieges und in diesen Kursen wurden zahlenmäßig deutlich mehr sprachauffällige Menschen betreut, als in den Sprachheilschulen. Die Betreuung Sprachbehinderter in Sprachheilschulen war bis zum Beginn der nationalsozialistischen Diktatur nicht die Regel, sondern die Ausnahme (vgl. Kapitel 3.1.2).

Das klinisch-therapeutische Handlungsfeld der Sprach**förderung** (die **Rehabilitation** Sprachbehinderter begann in nennenswertem Ausmaße erst zum Ende des ersten Weltkrieges) wurde von verschiedenen Berufsgruppen besetzt. Durch die Ausbildungskurse von Albert und Hermann Gutzmann in Berlin, zu denen in der Mehrzahl Lehrer von ihren heimischen Schulbezirken geschickt wurden, bildete diese Gruppe bald die Mehrheit der ‚Sprachtherapeuten' in der Gründerzeit des Fachs. Private Institute, die Sprachtherapie gegen Bezahlung anbaten, gab es ebenfalls und insbesondere Vater und Sohn Gutzmann betrieben eine private Praxis und ein privates Sprachheilkurheim, das ihnen einen großen Teil ihrer ökonomischen Existenz sicherte. Die Verdienstmöglichkeiten, die mit der Therapie Sprachgestörter seit den Anfängen des deutschen Sprachheilwesens verbunden waren, stellten einen Anreiz dar, in diesem Feld tätig zu werden (vgl. Kapitel 3.1.1.2). Die nomenklatorische Herleitung des Begriffes Sprachheilpädagogik aus der Heilkursusperiode und nicht aus der Heilpädagogik (vgl. Kapitel 3. 2.1) scheint das Analyseergebnis, dass die Wurzeln des Faches Sprachheilpädagogik in der ambulanten, nicht-schulischen Sprachtherapie zu finden sind, weiter zu verifizieren.

Analyseergebnis 2

Die Phoniatrie und die Sprachheilpädagogik haben die Entwicklung des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes der Sprachförderung und -rehabilitation nachhaltig beeinflusst. Die Versuche, die seit beinahe hundert Jahren von Phoniatern und von Sprachheilpädagogen unternommen wurden, eine dominant phoniatrische oder eine dominant sprachheilpädagogische Zuständigkeit und Verantwortung für die Diagnose und Therapie/Förderung sprachauffälliger Menschen zu behaupten, verhinderte eine problemadäquate Gestaltung des Handlungsfeldes.

Die von Hermann Gutzmann durch seine Antrittsvorlesung 1905 in Berlin begründete Universitätswissenschaft der ‚Sprachheilkunde' versuchte im Beginn sowohl die Pädagogik als auch die Medizin zu vereinen. Ein Verständnis der Pädagogik als einer additiven, nachgeordneten Tätigkeit in der Folge ärztlicher Diagnostik und Therapieanweisungen bei Sprachstörungen, wie es der Phoniater Fröschels entwickelte, stieß auf den Widerstand der Fachpädagogen. Es wurde schon auf dem ersten wissenschaftlichen Kongress der Sprachheilpädagogen 1929 deutlich, dass ein geisteswissenschaftliches, multikausaleres Verständnis von Sprachstörungen, wie es die Taubstummen- und Sprachheillehrer vertreten, einem eher monokausalen, naturwissenschaftlich-medizinischem Erklärungs- und Behandlungskonzept, wie es die Phoniater postulieren, weitgehend unvereinbar gegenübersteht (vgl. Kapitel 3.3.1 bis 3.4).
Beide Disziplinen prägten das klinisch-therapeutische Handlungsfeld grundlegend. Die **Phoniatrie** durch die Einrichtung erster Ambulanzen an Kliniken vor dem zweiten Weltkrieg (vgl. Kapitel 3.1.2), durch den erst langsamen, dann fortschreitenden Ausbau solcher und vergleichbarer klinischen Einrichtungen ab 1945 (vgl.

Kapitel 4.1.2), durch den beherrschenden Einfluss auf die Gründung der ersten Logopädenschulen und deren Ausbildungscurricula (vgl. Kapitel 5.1.2.) sowie durch die Einflussnahme auf die Prinzipien der in die Gesetzliche Krankenversicherung verlagerten Kostenträgerschaft für das klinisch-therapeutische Handlungsfeld nach 1974 (vgl. Kapitel 6.1.2 sowie Kapitel 7.2.5).

Die **Sprachheilpädagogik** wirkte in dieses Handlungsfeld dadurch ein, weil die Fachkräfte für die Förderung und Therapie sprachauffälliger und sprachbehinderter Menschen nahezu ausschließlich aus den Reihen der Sprachheillehrer (und etwa bis zum Kriegsbeginn 1939 der Taubstummenlehrer) gewonnen wurden und diese bemüht waren, die Dominanz in diesem Handlungsfeld zu behaupten (vgl. Kapitel 3.1.2 und 4.2.1). Die von ihr entwickelten und umgesetzten Konzepte der Behandlung sprachgestörter Menschen prägen nicht allein die Sprachheilschulen, sondern auch den ambulanten Bereich (vgl. Kapitel 4.1.3 und 5.1.3). Bis in die 90er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts stellten die Sprachheilpädagogen den größten Anteil der Sprachtherapeuten im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld. Verglichen mit den Anfängen des Sprachheilwesens in Deutschland schwand der Einfluss der Sprachheilpädagogik auf das klinisch-therapeutische Handlungsfeld seit 1945 jedoch stetig (vgl. Kapitel 5.1.3 und 5.1.3.3; Kapitel 6.1.3 und 6.1.3.2; Kapitel 7.1).
In der DDR besaß die Sprachheilpädagogik durch den Ausbau der ambulanten Beratungsstellen und Therapiemöglichkeiten seit Anfang der 50er Jahre bis zur Wiedervereinigung der beiden Staaten gestalterischen Einfluss auf dieses Feld und stand der Phoniatrie in weitgehender, staatlich verordneter Gleichberechtigung gegenüber (vgl. Kapitel 4.1.1 und 5.1.1).
Das beiden Disziplinen zu Grunde liegende Selbstverständnis einer eigenen, ganzheitlichen Sicht des Phänomens Sprachstörung, ließ die jeweils andere Zugangsweise reduktionistisch erscheinen (vgl. Kapitel 5.2.1 bis 5.2.3). Der daraus resultierende Paradigmenstreit zwischen Sprachheilpädagogik und Phoniatrie nahm unter gesundheitspolitischer Dominanz im Handlungsfeld klinisch-therapeutischer Sprachförderung an Schärfe zu und ließ seit der Mitte der 70er Jahre ein kooperatives Verständnis des Umganges beider Berufsgruppen mit einander in den Hintergrund treten (vgl. Kapitel 6.2.1.1 und 6.2.1.1.2; Kapitel 7.2.3 Exkurs 2 und 7.2.8.1 Exkurs 5).

Die undifferenzierte Verwendung und Anwendung der Begriffe ‚Sprachstörung' oder ‚Sprachbehinderung' auf beinahe sämtliche Formen sprachlicher Auffälligkeiten (vgl. Kapitel 5.2.1) brachte Unglaubwürdigkeit und Beliebigkeit in die Diskussion um die Bedeutung von Sprachstörungen für die Betroffenen. In der untersuchten sprachheilpädagogischen Literatur wird nahezu durchgehend von **den** Sprachbehinderten oder **der** Sprachbehinderung gesprochen, ohne darauf hinzuweisen, dass ein erheblicher Teil sprachlicher Auffälligkeiten ambulant, vor, während oder nach der Schulzeit sprachtherapeutisch zu beheben ist und dabei weder eine schwerwiegende medizinische Störung noch eine sonderpädagogisch zu betreuende Behinderung vorliegen muss (vgl. Kap. 7.2.8 und 7.2.14). Die phoniatrische Sicht verengte die Aufgabenstellung bei der Therapie und Rehabilitation von Sprachstörungen auf die Vermittlung und Anwendung logopädischer Techniken und Methoden (vgl. Kapitel 5.2.3 und Kapitel 7.2.8).

Analyseergebnis 3
Der zunehmende Einflussverlust der westdeutschen Sprachheilpädagogik auf das Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung wurde wesentlich durch sozialpolitische Entscheidungen des Staates geprägt und korrespondierte mit dem Ausbau der Sprachheilschulen sowie mit der Überschätzung eigener personeller und konzeptioneller Mittel seitens der Sprachheilpädagogik.

Die nach 1945 in beiden Teilen Deutschlands einsetzende Neuorientierung betraf auch das Sprachheilsystem. Strukturen, wie sie im Sprachheilschulbereich zum Teil bis zum Kriegsende bestanden hatten, wurden weitgehend wiederhergestellt (vgl. Kapitel 4.1). Die durchgeführte Entnazifizierung hatte auch zahlreiche Sprachheillehrer aus dem Schuldienst entfernt und so zusätzlichen Bedarf an Fachpersonal geschaffen. Sprachheilkurse wurden kaum noch angeboten, stattdessen wurden Ambulanzen, zum Teil ausschließlich und unter Verzicht auf die Gründung von Sprachheilschulen, installiert (vgl. Kapitel 4.1.3). Das Sprachheilwesen expandierte schnell und stetig und erste sozialpolitische Grundsatzentscheidungen der jungen

Bundesrepublik, die Auswirkungen auf die Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Sprachförderung zeigten (Fürsorgeänderungsgesetz 1953, vgl. 4.1.3), waren von dem Geist geprägt auch sprachbehinderten Menschen Integrations- und Rehabilitationsangebote machen zu können. Feststellungen über die Fürsorgepflicht des Staates nahm der Arzt vor, der dies als seine selbstverständliche Aufgabe und als in seiner Kompetenz liegend, ansah. Abgrenzungs- und Selbstverständnisdiskussionen, die die Sprachheilpädagogik mit und gegen die Ärzteschaft führte (vgl. Kapitel 4.2.1), waren im politischen Raum nicht präsent, dennoch zehrte die Sprachheilpädagogik von ihrer Autorität, die sie auch dadurch besaß, dass es keine sprachtherapeutischen Alternativen gab. In den Abständen die zwischen weiteren gesetzgeberischen Initiativen lagen und die teilweise erhebliche Konsequenzen für den Bereich der ambulanten und stationären Sprachtherapie mit sich brachten (1957, 1962, 1974, 1989), etablierten sich zum einen neue Berufsgruppen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld (Logopäden) und zum anderen wurde intensiv der Ausbau von Sprachheilschulen betrieben.

Der spätestens mit dem Bundessozialhilfegesetz 1962 geschaffene Bedarf an zusätzlichen Fachkräften für die Sprachtherapie konnte von den Sprachheilpädagogen als zu dieser Zeit nahezu alleinigen Anbietern nicht bewältigt werden (vgl. Kapitel 5.1.3.3). Durch die beginnende Verlagerung sprachtherapeutischer Leistungen in die Verantwortung des Gesundheitssektors waren sprach**therapeutische** Kompetenzen gefordert. Sprachheil**pädagogische** Konzepte zur Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld wurden nicht entwickelt. Dennoch hatten Sprachheilpädagogen die Ausdehnung ihres Zuständigkeitsbereiches gefordert (vgl. Kapitel 5.1.3).

Erst um das Jahr 1990 stagnierte der Ausbau der Sprachheilschulen der begleitet war von der Vorstellung, allein in der Schule liege die Zukunft und die Identität des Fachs. Zur gleichen Zeit, als die an den Universitäten ausgebildeten Sprachheilpädagogen auf den etwa seit Mitte der 80er Jahre für Sprachheillehrer enger werdenden Arbeitsmarkt trafen, hatte das Logopädengesetz in den Jahren seit seiner Existenz den außerschulischen Bereich der Sprachförderung und -rehabilitation formal festgeschrieben und relativ abgeschottet (vgl. Kapitel 7.2.5). Die Konzentration auf das stetig wachsende Arbeits- und Handlungsfeld Sprachheilschule hatte den parallel sich verändernden klinisch-therapeutischen Bereich der Sprachförderung und

-rehabilitation an den Rand der Wahrnehmung und des Interesses gerückt. Dort war die formale Verantwortung des Arztes für das gesamte sprachtherapeutische Geschehen inzwischen gesetzlich normiert worden und die Berufsgruppe der Logopäden als dafür zuständig definiert worden.

Mancher Sprachheilpädagoge, der im klinisch-therapeutischen Bereich arbeitet und im Angesicht der zahlreichen Probleme, die sich bis zu Beginn des 21. Jahrhunderts in diesem Arbeitsfeld ergeben, zornig und verständnislos auf die Aufbau- und Gründergeneration der Sprachheilpädagogik zurückschaut, weil diese es ‚versäumt' habe, deutliche Pflöcke der Kompetenz und Zuständigkeit in dieses Feld einzuschlagen, übersieht möglicherweise, dass es die Protagonisten des deutschen Sprachheilwesens nach 1945 als schlechterdings unvorstellbar empfanden, dass es jemals zu Konkurrenzsituationen und Arbeitsplatzproblemen in diesem Bereich kommen könnte, in Anbetracht der enormen Versorgungsaufgaben und der so geringen Anzahl qualifizierten Fachpersonals noch zu Beginn der 60er Jahre (vgl. Kapitel 5.1.3.3).

Analyseergebnis 4
Die Geringschätzung, die Sprachheilpädagogen jeder Form eines ärztlich geprägten sprachtherapeutischen Assistenzberufes entgegengebracht haben, führte zum Verzicht auf eine theoretisch-konzeptionelle Beschäftigung mit der Logopädie, nicht aber zum Verzicht auf eine Tätigkeit von Sprachheillehrern im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld

Die Entwicklung sprachheilpädagogischer Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld begleitete seit ihren Anfängen ein unaufgehobener Widerspruch: Aus grundsätzlichen, mit (sonder)pädagogischen Paradigmen verbundenen Erwägungen, wurde eine sprachtherapeutische Tätigkeit als bloße Symptombehandlung abgelehnt, wenn sie außerhalb eines dominant pädagogisch geprägten Einflussrahmens – wie der Sprachheilschule – stattfand (vgl. Kapitel 3.3.4; Kapitel 5.2.4; Kapitel 6.2.1.1; Kapitel 7.2.14.1). Aus pragmatischen, mit standespolitischen und ökonomischen Interessen verbundenen Überlegungen wurden jedoch sprachtherapeutische Tätig-

keiten von Sprachheilpädagogen (bis in die 80er Jahre vorwiegend von Sprachheillehrern) durchgeführt, obwohl sie innerhalb eines dominant medizinisch geprägten Einflussrahmens stattfanden (vgl. Kapitel 3.1.1.2; Kapitel 4.2.1; Kapitel 5.1.3; Kapitel 6.1.3.2; Kapitel 7.2.8.1 und 7.2.14.1).
Die theoretische Distanz seitens der Sprachheilpädagogen zur ‚reinen' Sprachtherapie war verbunden mit einer Ablehnung sich entwickelnder sprachtherapeutischer Berufs- und Tätigkeitsprofile. Das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogen und die Ideengeschichte der Sprachheilpädagogik schlossen sprachtherapeutische Assistenztätigkeiten unter der alleinigen Verantwortung von Ärzten und eine nachrangige Betrachtung sprachheilpädagogischer zu medizinischer Tätigkeit aus (vgl. Kapitel 4.2.1.; Kapitel 5.2.2; Kapitel 6.2.1: Kapitel 7.2.8.1). Eine sprachbehinderungsspezifische oder methodenkritische Auseinandersetzung mit einem logopädisch/ phoniatrisch geprägten Sprachtherapieverständnis wurde nicht geführt. Stattdessen standen grundsätzliche paradigmatische und wertepädagogische Betrachtungen im Mittelpunkt sprachheilpädagogischer Bewertungen und manifestierten innerhalb der Sprachheilpädagogik das Bild einer Logopädie, die als Rezeptur für ‚Sprechwerkzeugbehandler' einem ganzheitlichen Persönlichkeitsverständnis des sprachbehinderten Menschen vom Prinzip her nicht gerecht werden konnte und daher einer detailreichen Auseinandersetzung nicht bedurfte (vgl. Kapitel 3.3.4; Kapitel 5.2.2; Kapitel 6.2.4 und 6.2.4.1).

Analyseergebnis 5

Die ideengeschichtliche Tradition der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik prägte die Theoriemodelle der deutschen Sprachheilpädagogik nachhaltig, so dass die Erziehung und nicht die Therapie als die dominante Aufgabe der Sprachheilpädagogen angesehen wurde. Die Konzentration auf das pädagogische Element der Sprachförderung bildete auch eine Gegenbewegung zur Phoniatrie.

Die von Karl Cornelius Rothe 1929 in Wien begründete Vorstellung vom Umerziehungsauftrag, den der Sprachheilpädagoge gegenüber dem hilfedürftigen sprachbehinderten Schüler, dem Educandi, habe, prägte die Sprachheilpädagogik grundsätzlich und nachhaltig und gestaltete ebenfalls Vorstellungen über Grenzen und Möglichkeiten sprachheilpädagogischer Arbeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld (vgl. Kapitel 3.3.2; Kapitel 4.2.2; 6.2.1 und 6.2.2). Die Wegbereiter der zum Ende der 60er Jahre geführten ‚Eigenständigkeitsdebatte' der Sprachheilpädagogik standen in der Tradition einer Geisteswissenschaftlichen Pädagogik und implementierten die damit verbundenen Werthaltungen verstärkt und dauerhaft in das Fach. Die Bedeutung der Therapeuten-/Pädagogenpersönlichkeit und die Schaffung einer pädagogischen Atmosphäre zur Entfaltung des in seinen sprachlichen Seinsbesonderheiten belasteten Individuums standen im Zentrum sprachheilpädagogischer Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 6.2.1 bis einschließlich 6.2.5). Auf die Beschäftigung mit spezifischen Aspekten jeweils spezifischer Sprachstörungen wurde weitgehend verzichtet. Die Fokussierung auf den Erziehungsauftrag, den Sprachheilpädagogen wahrzunehmen hätten, war auch eine Gegenbewegung zu einer zunehmend dominierenden Phoniatrie mit einem funktionalistischem und kausalistischem Sprachstörungsverständnis (vgl. Kapitel 3.3.1; Kapitel 5.2.1.1 und 5.2.3; Kapitel 6.2.1).

Betrachtet man die Haltungen und Positionierungen, die die Phoniatrie, von Selbstverständnis und Sendungsbewusstsein geprägt, nahezu kontinuierlich seit ihrer Existenz gegenüber der Pädagogik – mit Ausnahme der absoluten Gründungsphase (Albert und Herrmann Gutzmann und auch Fröschels sprachen von Medizin ***und*** *Pädagogik) – eingenommen hat, so schien es für die Sprachheilpädagogik folgerichtig, ein eigenes Profil zu zeigen, um den drohenden Identitätsverlust zu verhindern. Die von Orthmann 1968 initiierte Eigenständigkeitsdebatte suchte für die Sprachheilpädagogik einen Weg aus der Umklammerung durch die Phoniatrie und der an Einfluss gewinnenden empirischen Erziehungswissenschaft. Als problematisch für die Zukunft erwies sich jedoch, dass die Behauptung der Eigenständigkeit als Pädagogik nicht ergänzt wurde um eine spezifische sprachheilpädagogische/ therapeutische Fachlichkeit. Eigenständigkeit zu beanspruchen,* ***ohne*** *die konstituierende Fachlichkeit in den Mittelpunkt dieser Forderung zu stellen, bedeutete in der scientistischen Phase der 60er und 70er Jahre und der ökonomistischen Phase der folgenden Zeit einen Weg in die (gesundheits- und sozialpolitische) Isolation.*

Analyseergebnis 6

Eine wissenschaftstheoretische Reflektion über die Inhalte oder Formen einer Sprachförderung im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld fand durch die Sprachheilpädagogik innerhalb des Zeitrahmens den diese Arbeit untersucht hat, nicht statt.

Seit dem sprachauffällige Menschen gezielt sprachlich gefördert, therapiert oder rehabilitiert wurden, waren Sprachheilpädagogen an diesem Geschehen aktiv, häufig gestaltend beteiligt. Der Einfluss der Sprachheilpädagogen erstreckte sich nicht nur auf die Inhalte des sprachtherapeutischen Geschehens, sondern auch auf die Formen, in denen dieses jeweils stattfand (vgl. Kapitel 3.1.1; Kapitel 4.2.1; Kapitel 5.1.3; Kapitel 6.1.3.2; Kapitel 7.2.8.1). Die Sprachheilpädagogik als Wissenschaft konzentrierte sich hingegen bis in die 80er Jahre nahezu ausschließlich auf die Entwicklung und Reflektion von Konzepten (Formen und Inhalten) zur Betreuung und Förderung sprachgestörter Menschen – vorwiegend Schüler – in pädagogischen Systemen, wie Sprachheilschulen. Die grundsätzliche Zurückhaltung gegenüber einer dominant sprachtherapeutisch ausgelegten Förderung bedingte auch eine weitgehende Zurückhaltung bei der Beschäftigung mit spezifischen Fragestellungen, die Probleme des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes betrafen (vgl. Kapitel 7.2.14).
Der Anstieg der Sprachheilpädagogen, die in diesem Arbeitsfeld tätig wurden, war dominant von arbeitsmarktpolitischen Entwicklungen geprägt (vgl. Kapitel 7.2.6). Eine Position der Abstinenz und der Ablehnung gegenüber klinisch-therapeutischen Handlungsfeldern, wie sie Orthmann, Westrich oder andere eingenommen hatten (vgl. Kapitel 6.2.1.1; Kapitel 7.2.3), konnten sich der Fachverband der Sprachheilpädagogen und die Universitäten nicht mehr ‚leisten', da der sprachheilpädagogische Nachwuchs perspektivlos wurde. Eine Ungleichzeitigkeit der Praxisentwicklung und der Konzeptentwicklung, wie sie exemplarisch für die Zeit zu Beginn der 80er Jahre festgestellt werden kann, prägte das Fach. Bevor versucht wurde die theoretische Einbindung der in ambulanten Handlungsfeldern der Sprachtherapie aktiven Sprachheilpädagogen zu erreichen (vgl. Kapitel 7.2.8 und 7.2.9 sowie 7.2.14), hatten einige Wissenschaftler das klinisch-therapeutische Handlungsfeld und die dort Tätigen pragmatisch integriert. Impulse der Theorie für die klinisch-therapeutische Praxis,

die beispielsweise Handlungsfelder verändert hätte, wurden jedoch nur vereinzelt gegeben und entfalteten keine nachhaltigen Wirkungen. Die Praxis, und zunehmend sich in einzelnen Bundesländern zusammenschließende Interessensvertretungen der klinisch-therapeutisch tätigen Sprachheilpädagogen, gaben stattdessen Impulse in den Fachverband und in die Hochschulen hinein und veranlassten diese zu entsprechenden Aktivitäten und Reflektionen. Bis zum Jahre 2001 wurde noch kein programmatisches Thesenpapier des seit 1977 bestehenden Wissenschaftlichen Beirates der dgs verfasst, das sich mit spezifischen Fragen außerschulischer Arbeits- und Handlungsfelder beschäftigt hätte. Die deutsche Sprachheilpädagogik hat die Arbeit von Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld pragmatisch, jedoch noch nicht programmatisch in ihr Selbstverständnis integriert.

Analyseergebnis 7

Das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik war im untersuchten Zeitraum untrennbar mit dem Förderort Sprachheilschule verbunden und hat daher das außerschulische klinisch-therapeutische Handlungsfeld bewusst vernachlässigt. Dies bedeutete in der Folge einen Verzicht auf sprachtherapeutische Spezifität zu Gunsten eines ganzheitlichen Störungs- und Förderverständnisses sprachauffälliger Menschen.

Die Fokussierung der Sprachheilpädagogik – in Theorie und Praxis – auf die Sprachheilschule und die Nachrangigkeit, mit der das klinisch-therapeutische Handlungsfeld betrachtet wurde, war **das** entscheidende Paradigma der Sprachheilpädagogik in den zurückliegenden einhundert Jahren. **Die** Sprachheilpädagogik hatte sich nie als Therapiewissenschaft verstanden, sondern stets als sonderpädagogische Fachdisziplin definiert (vgl. Kapitel 6.2.5). Die Formen ihrer Repräsentanz (Sprachheilschule) prägten die Inhalte ihrer Konzeptionen (Sprachheilpädagogik) und umgekehrt. Die durch die Dominanz des Förderortes determinierte Sprachheilpädagogik entwickelte gleichsam sachlogisch nur geringes Interesse an nicht sprachheilschulspezifischen Förderformen und Förderorten (vgl. Analyseergebnis 6). Sprachstörungen wurden als multifaktoriell verursacht angesehen, woraus sich ergab, dass aus dieser Sicht spezifische Therapiemaßnahmen reduktionistisch und bloß funktionalistisch, das Wesen der jeweiligen Sprachstörung und des Sprachgestörten lediglich auf der Oberflächenebene erreichen konnten und daher unangemessen waren. Daher wurden in der Sprachtherapie zunehmend multidimensionale Förderkonzepte eingesetzt (vgl. Kapitel 4.2.1). Ganzheitliche Therapiekonzepte folgten einem sprachheilpädagogischen Paradigma das wertepädagogisch determiniert war. Spezifische Therapiekonzepte, wie sie zunehmend beispielsweise die Linguistik oder die Neurowissenschaften entwickelten (vgl. Kapitel 6.2.4.2) erfuhren eine langjährige Ablehnung durch die dominierende Fachmeinung und führten bis in die 80er Jahre eher ein Nischendasein.

Die Definition des Gegenstandes der Sprachheilpädagogik erfolgte historisch über die Beschreibung des Förderortes, nämlich der Sprachheilschule. Hansen, Rothe, Wulff, Orthmann oder Westrich beispielsweise hielten keinen Zweifel für denkbar, der die erziehungswissenschaftliche Begründung des Faches in Frage stellen könnte, da die Schule primär eine Erziehungsaufgabe und keine Therapieaufgabe zu erfüllen habe und außerschulische Aufgabenfelder nicht von Bedeutung schienen.
Phoniatrische, logopädische und Kostenträger-Argumentationsgänge seitens der Krankenversicherungen ***gegen*** *die umfängliche fachliche Kompetenz von Sprachheilpädagogen waren geprägt von einem gedanklichen Konstrukt, das in der Konsequenz bedeutete, der Inhalt sprachtherapeutischer Förderung sei von dem Ort der Förderung abhängig. Aber: Deren Theorem, dass vor dem Eintritt in und nach dem Austritt aus der Schule andere als Sprachheilpädagogen kompetent seien, während innerhalb der Schule trotz persistierender Störungsbilder ‚plötzlich' (aber nur auf die Schulstundenzahl begrenzt) der Sprachheilpädagoge doch fachlich kompetent zur Förderung der spezifischen Sprachstörungen erschien, wurde ebenfalls aus dem Fach heraus eingeführt. Die Protagonisten einer Sprachheil****schul****pädagogik saßen nämlich dann einer zirkulären Argumentation auf, wenn zuerst die Institution, die zuständig für die Förderung sprachauffälliger Menschen war, definiert wurde (vgl. Wulff 1955, Orthmann 1969, Westrich 1977) und danach der sprachstörungsspezifische ‚Inhalt', der in diese Institution gehörte, festgelegt wurde, also der sprachauffällige Schüler mit einer Sprachstörung, die pädagogischer Interventionen zur Besserung bedurfte. Wenn nun ein anderer ‚Inhalt' als die Institution ‚verarbeiten' kann,*

definiert würde, wäre die Institution in Frage gestellt. Konkret: Die Form ist die Schule – der Inhalt ist der sprachgestörte Mensch, der erzieherischer Hilfe bedarf. Ist die Hilfe aber nicht primär auf der erzieherischen Ebene erforderlich, weil sich der Gegenstand der sprachheilpädagogischen Aufmerksamkeit in Folge veränderten Grundlagenwissens (Neurowissenschaften, Linguistik) oder veränderter Schülerpopulation geändert hat, so muss sich die Institution verändern, auflösen, sich einem anderen Gegenstand zuwenden oder die Teilmenge, die sie zu betreuen hat, neu definieren. Ein Beispiel: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen bedürfen spezifischer Interventionen, ebenso wie Störungen phonologischer Prozesse nicht mit dominant erzieherischer Hilfe zu kompensieren sind; das ‚traditionelle' Störungsbild ‚Stottern' findet sich an den Sprachheilschulen jedoch nur noch in geringem Maße. Spezifisch vorhandene und eingesetzte Fachkompetenz der Sprachheilpädagogen an den Schulen existiert, aber nicht überall und ist institutionell nicht überall einzusetzen. Weil es nicht ***die*** *Sprachstörungen gibt, kann es auch nicht* ***die*** *Sprachheilpädagogik geben, wenn unter Sprachheilpädagogik eine Erziehungs- oder Umerziehungspädagogik verstanden wird. Menschen mit Sprachauffälligkeiten, wie Stottern, Aphasie, Entwicklungsdyspraxie, phonologischen Störungen, Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen usf. bedürfen in einigen Fällen dominant pädagogischer Hilfen aber in anderen Fällen eben so eindeutig spezifisch fachtherapeutischer Hilfen. Wenn dieses nicht erkannt wurde oder wird, war und ist der Anspruch, in jedem Falle sprachheil****pädagogisch*** *handeln zu müssen oder zu wollen, nicht berechtigt.*

Analyseergebnis 8

Strukturelle, politische oder wissenschaftstheoretische Gegenbewegungen zum erfolgreichen Bemühen der Logopädie und der Phoniatrie, das klinisch-therapeutische Handlungsfeld weitgehend alleine zu besetzen, wurden aus prinzipiellen Erwägungen seitens der Sprachheilpädagogik bis zur Mitte der 80er Jahre nicht oder nur marginal unternommen. Die Vermutung, die verantwortlichen Repräsentanten der westdeutschen Sprachheilpädagogik hätten die Entwicklungen vor und nach dem seit 1975 im Deutschen Bundestag vorbereiteten und 1980 verabschiedeten Logopädengesetz lediglich ‚verpasst', trifft nicht zu.

Die phoniatrischen Vorstellungen über einen sprachtherapeutischen Assistenten, der in einem hohen Maße methodologischen Paradigmen einer funktions-kausalistischen Übungstherapie zur Kompensation sprachlicher Störungen in seiner Therapiearbeit folgen sollte, wurden früh in der Geschichte der Phoniatrie formuliert (vgl. Kapitel 3.3.1). An dieser Idee wurde unbeirrt, trotz erheblicher Wissensfortschritte über die Komplexität menschlicher Sprache, die multifaktorielle Kausalitäten für die Ätiologie sprachlicher Auffälligkeiten immer eindeutiger als gesichert ansehen ließen, festgehalten. Mit konsequenter Ausrichtung auf das Ziel, der Schaffung eines sprachtherapeutischen Assistenzberufes, gründeten die Phoniater erste Logopädenschulen und überzeugten die Gesundheitspolitik davon, dass für die sprachtherapeutische Arbeit allein die Medizin und der von Ärzten ausgebildete Logopäde zuständig sei (vgl. Kapitel 5.1.2; 5.1.3; 5.2.1). In den 70er Jahren schlossen der Logopädenverband und Krankenkassenverbände erstmalig Rahmenvereinbarungen über die Versorgung der Patienten mit Sprachtherapie ab und schufen so, noch vor dem Logopädengesetz, ein Präjudiz, das die Tätigkeit der Sprachheilpädagogen im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld grundsätzlich in Frage stellen sollte (vgl. Kapitel 6.1.2; 6.1.3; 6.1.3.1; besonders 6.3). Im gleichen Jahr 1974 weigerte sich der Fachverband der Sprachheilpädagogen ausdrücklich, zielgerichtet und öffentlich wirksam zu Gunsten der bereits im klinisch-therapeutischen Bereich arbeitenden Sprachheilpädagogen zu intervenieren (vgl. Kapitel 6.3). Die grundsätzliche Ablehnung rein sprachtherapeutischer Arbeit war nicht nur durch die Inhalte der nun zurückliegenden ‚Eigenständigkeitsdebatte' geprägt worden, sie setzte sich in der Ablehnung logopädischer Arbeit durch Sprachheilpädagogen aus grundsätzlichen standespolitischen und wertepädagogischen Überlegungen heraus fort. Die 1977 noch einmal intensivierte Abgrenzungsdiskussion zur Logopädie, wie sie von sprachheilpädagogischer Seite geführt wurde, nahm die fortschreitende und generelle Verdrängung von Sprachheilpädagogen aus dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld billigend, vielleicht wohlwollend, in Kauf (vgl. Kapitel 7.2.3; 7.2.3.1).

Da Sprachheilpädagogen nie in einem Arbeitsfeld gleichberechtigt mit in ihren Augen nachrangigen, Sprechübungsbehandlungen durchführenden Logopäden arbeiten wollten, konnte eine politische Durchsetzung einer solchen ‚Gleichberechtigung' auch nie das Ziel einer ‚offiziellen' sprachheilpädagogischen Fachverbands- und Universitätspolitik werden.

Analyseergebnis 9
Die Sprachheilpädagogik hat weitgehend auf evaluierte Grundlagen- und Therapieforschung verzichtet. Konzeptionelle und fachtherapeutische Möglichkeiten der Kompetenzaneignung und Gestaltungsfähigkeit im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld wurden dadurch reduziert erschlossen.

Bereits zu Beginn der 60er Jahre wurde aus den Reihen der Sprachheilpädagogik detailliert darauf hingewiesen, welch hohen und perspektivenreichen Stellenwert Evaluationsforschung für das Fach besitze, sowohl zur Effizienzsteigerung eingesetzter Methoden als auch zum Beleg behaupteter sprachheilpädagogischer Erfolge (vgl. Kapitel 5.2.4). Die Betonung der Individualität des einzelnen sprachbehinderten Menschen wurde in einen paradigmatischen Gegensatz zu (standardisierten) Forschungsstudien gebracht (vgl. Kapitel 5.2.4 und 6.2.3). Die Hervorhebung der Erziehungsarbeit im vermeintlich primären Handlungsfeld der Sprachheilpädagogik, der Sprachheilschule, verstellte den Blick auf die Möglichkeiten und Notwendigkeiten sprachheilpädagogischen Engagements in den Therapiebereichen komplex gestörter Kindersprache vor dem Schulalter sowie der erworbenen – vor allem zentralen – Sprachstörungen Erwachsener. Reduzierte Präsenz in diesem speziellen Bereich klinisch-therapeutischer Arbeit reduzierte ebenfalls die fachliche Kompetenz, Aussagen zu spezifischen Problemstellungen dieses Therapiefeldes zu machen. In den zurückliegenden Jahre besetzte insbesondere die Linguistik das Feld der Forschung und der Therapie erworbener zentraler sprachlicher Störungen bei Erwachsenen (vgl. Kapitel 6.1.3.3).

Ein grundlegendes Problem sprachheilpädagogischen Selbstverständnisses fokussierte sich bei der Betrachtung der Aktivitäten des Fachs in der Therapie- und Grundlagenforschung ihres Gegenstandes, der Sprachstörungen: Die Theoriearmut der Sprachheilpädagogik wurde seit den 60er Jahren immer wieder beklagt und *analytisch klar beschrieben. Überwunden werden sollte dieses Problem dadurch, dass die Vorstellung von ‚Pluralismus als Erkenntnisgewinn' Leitsatzfunktion bekam und objektive Forschungsdefizite verschleierte. Die Folgen waren sachlogisch. Sprachstörungen haben – im Verständnis der Fachvertreter der 60er bis 80er Jahre – keine organisch-biologischen Ursachen und sind daher ausschließlich mit pädagogischen Mitteln unter Hinzuziehung spezieller Übungstechniken, im immer selteneren Einzelfall, zu kompensieren. Menschen jedoch sind unterschiedlich, wie das Fach weiß und Testgütekriterien daher ‚objektiv' nicht zu normieren, da Normensetzung Zwangsetikettierung bedeutet und die Sprachheilpädagogik der Zeit den ‚ganzen Menschen' in seiner Individualität vorurteilsfrei wahrnahm und förderte. Eine Polarisierung wurde deutlich, die bis zum heutigen Tage innerhalb des Faches fortzubestehen scheint: Arbeitet der Sprachheilpädagoge symptomorientiert und störungsspezifisch, ist die Gefahr verengter Betrachtung auf das ‚Ganze' der Sprachstörung gegeben und die Nähe zu utilitaristischen und bloß funktionstheoretischen Grundannahmen lässt zurückschrecken. Arbeitet der Sprachheilpädagoge ‚ganzheitlich' fördernd in dem Bemühen eine pädagogische Atmosphäre der Wissensaneignung zu schaffen und Kompensationsmuster für die Überwindung der Sprachstörung anzubieten, ignoriert er möglicherweise eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, wie sie die Medizin oder die Biologie zum Verlauf und zur Entstehung spezifischer sprachlicher Störungen kennt. Es bedarf daher aus einer Zusammenschau beider Pole zwingend der qualitativen und quantitativen Therapieforschung um das zu belegen, was Gottschick bereits 1966 wusste, dass Leistungsverbesserung bei sprachlichen Defiziten vermutlich am besten durch pädagogische Methoden zu erreichen ist, deren Qualität jedoch evaluiert und deren Methodik störungsspezifisch angewendet werden muss. An diesem Punkt sollte der ‚Argumentationstrick' des Wissenschaftlichen Beirates von 1980 noch einmal zum Einsatz kommen: Es ist gleichgültig wer pädagogisch handelt, denn sicherlich haben Logopäden und andere sprachtherapeutischen Berufsgruppen ebenfalls spezifische Kompetenzen für diese Arbeit und nicht allein die Sprachheilpädagogen, aber fördernde Handlung ist immer pädagogisch und daher sind Methoden die zum Erfolg führen eben ‚pädagogische Methoden'.*

Die Notwendigkeit, ein positives Profil des Fachs zu entwickeln und dabei nicht ‚unterdisziplinär' die Identität zu verlieren, sollte die zukünftige Perspektive prägen. Sprachtherapieforschung und Therapiedidaktik – wie überhaupt der Therapiebereich aus der Sicht des klinisch-therapeutischen Handlungsfeldes in den wissenschaftstheoretischen Mittelpunkt der Sprachheilpädagogik gehört – sollten als Originalitäten der Sprachheilpädagogik wertgeschätzt und nicht in verschämten Diminuitätsgefühlen nur leise gedacht werden. „Unmoralisch handelt, wer Kranken eine Therapie von erwiesener Wirksamkeit vorenthält; unmoralisch handelt nicht, wer darauf besteht, daß eine Therapie Beweise für ihre Wirksamkeit antreten muß." (Zimmer 1986,11).

8.2 Abschließende Bemerkungen

Die hier vorliegende Arbeit gibt eine Orientierung über die Entwicklung klinisch-therapeutischer Handlungsfelder für Sprachheilpädagogen, wie sie sich in über einhundert Jahren vollzogen hat. Gerade aus der Perspektive Einzelner und deren Informationshintergründen können Ereignisse und paradigmatische Diskussionen anders wahrgenommen worden sein, als sie beschrieben oder kommentiert wurden. Die Gefahr, dass Beteiligte an dem Geschehen die Entwicklung als falsch oder verzerrt wiedergegeben empfinden, ist groß. Das kann daran liegen, dass ausschließlich ‚offizielle' Quellen verwendet wurden. Manche der so ermittelten Aussagen können deshalb wenig aussagekräftig und realitätsnah erscheinen, weil die ‚eigentlichen' Motive für Handlungen nicht immer öffentlich dargestellt wurden. Dennoch hofft der Verfasser dieser Arbeit zuversichtlich, dass die Generallinie einzelner Prozesse zu erkennen ist und die geschilderte, der Quellenlage entnommene Verlaufsdarstellung, auch der ‚tatsächlichen' entspricht.

Einige Entwicklungsverläufe bedürfen in Kenntnis der teilweise reduzierten oder unübersichtlichen Quellenlage noch einer weiteren Aufhellung der Hintergründe, da die Quellen, die zur Verfügung standen, nur grobschnittartige Entwicklungs- und Strukturanalysen zuließen. Zu diesen Leerstellen zählen aus Sicht des Verfassers:

- Zeitzeugenberichte und Daten zur Entwicklung des Sprachheilwesens in der DDR aus einer Perspektive, die nicht dominant aus Sicht der Berliner Humboldt Universität Rückschau hält;
- Zeitzeugenberichte und Daten zur Alltagssituation ambulanter Sprachtherapie in der Zeit von 1950 bis 1980 in beiden deutschen Staaten;
- Hintergrundwissen über Motive und gesundheits-/sozialpolitische Strategien, die zu den Sozial-, Berufs- und Gesundheitsgesetzgebungen der 50er, 60er und 70er Jahre geführt haben;
- Details und bewertende Einordnungen Beteiligter zu den Gesprächsverläufen zwischen Phoniatrie, Logopädie und den Sprachheilpädagogen in der Zeit von1960 bis 1990;
- Eine Synopse der störungsspezifischen Wissens- und Forschungsentwicklung zu sprachlichen Beeinträchtigungen, wie sie – zeitgleich und zeitversetzt – in der Sprachheilpädagogik und ihren Bezugswissenschaften, insbesondere der Linguistik und Psychologie, von den 60er Jahren bis zum Jahr 2000 stattgefunden hat;
- Details und bewertende Einordnungen Beteiligter zu den Diskussionsverläufen oder Streitpunkten innerhalb der Sprachheilpädagogik für die Zeit von 1965 bis 1990 und manches mehr.

Eine **Möglichkeit,** wie diese und weitere Informationsdefizite zu schließen sind, bieten semistandardisierte Interviews, die mit Betroffenen und Beteiligten geführt werden könnten. Solche Befragungen böten vielfältiges Material, wenn sie aus der Sicht völlig unterschiedlich eingebundener und betroffener Gruppierungen oder Einzelner aus den Bereichen der Sprachheilpädagogik (Wissenschaftler, Funktionäre, Mitglieder), der Logopädie, der Phoniatrie, der Sprachbehindertenverbände, der Krankenkassen, der Sozial- und Gesundheitspolitiker, der Nachbarwissenschaften, der Studierenden im Jahre 2001 etc. Antworten auf festzulegende Fragen erhielten, die strukturelle Erkenntnisse versprechen. Nur so kann eine Fachgeschichte in ihrer Wirkung und ihren Auswirkungen auf die Jetztzeit erklärt und verstanden werden. Die Rolle der Sprachbehinderten und die Bedeutung von Sprachstörungen im Wandel der Geschichte – so ähnlich könnte die Überschrift zu einem solchen Forschungsprojekt lauten. Dadurch würden die Interessen der Interessenverbände und der Berufsverbände erkennbar und in den Hintergrund gerückt, dahin, wo sie eigentlich hingehören, denn der Gegenstand der Sprachbehindertenpädagogik, der Logopädie und der Phoniatrie, dort wo die Form und der Inhalt der hier durchgeführten Untersuchung in einer Synthese zusammenfallen müsste, sollten nicht die Organisation oder die Organisationsformen sprachtherapeutischer Hilfen sein, sondern der Adressat dieser Interventionen und Anstrengungen, der sprachauffällige Mensch.

Entwicklungen, die in dem Jahrzehnt stattgefunden haben und darüber hinaus stattfinden, das in der Arbeit nicht untersucht und beschrieben wurde (1990-2000), lassen aus Sicht des Verfassers eine Tendenz eindeutig erkennen: Die inhaltlichen Auseinandersetzungen über das Wesen der Sprachstörungen und die daraus resultierenden Diskussionen über die bestmöglichen Förder-, Therapie- oder Rehabilitationsmöglichkeiten, sind zunehmend Interessensdiskussionen der Handelnden im Feld der klinisch-therapeutischen Sprachförderung und -rehabilitation gewichen. Die konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Medizin, besonders mit der Phoniatrie, gewinnt an neuer Schärfe und führt zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden – aber auch zwischen den übrigen sprachtherapeutischen Berufsgruppen – fortschreitend zu einer negativen Integration. Dies bedeutet, im Angesicht einer komplexitätsreduzierten Sicht, wie sie die Phoniatrie auf sprachliche Störungen scheinbar kultiviert und die begleitet wird von dem Bemühen sprachtherapeutische Kompetenzen aus dem Bereich der Diagnostik von Sprachstörungen zu verdrängen, schließen sich die sprachtherapeutischen Berufe, unter Zurückstellung sie trennender Unterschiede, zusammen, um der unsubstantiierten Dominanz der Phoniatrie, der Medizin insgesamt, der ökonomistisch verengten Betrachtung durch die Krankenversicherungen oder der handelnden Politik in diesem Bereich wiederstehen zu können.

Ein weiteres Problem: Das gewachsene Wissen über Sprache und ihre Störbarkeit verlangt differenziertes Expertenwissen. Dass die Ursachenforschung und die Therapie sprachlicher Probleme nicht **entweder** in die ärztliche **oder** in die Zuständigkeit einer anderen Profession fallen, ist heute in den Wissenschaften, die sich der Sprache zuwenden, unumstrittener denn je. Unter der Systematik des deutschen Gesundheitswesens hat allein bei der Diagnostik und Therapieentscheidung für oder gegen sprachliche Förderung das Konstrukt von Fröschels, Gutzmann jun. oder Biesalski bis heute Gültigkeit: Sprachstörungen sind eine Krankheit und unter dominant somatogenen Aspekten zu behandeln, weil nur der Arzt Sprachtherapie im nichtschulischen Raum veranlassen kann. Die (Verordnungs-) Form bestimmt den Inhalt – ein falsches Verständnis des sprachfördernden Geschehens.

Für die Sprachheilpädagogik und die Logopädie folgt daraus, dass sie sich aus der Umklammerung der Medizin befreien muss, um den Menschen und seine Sprache überhaupt wieder komplex sehen zu können. Die Priorität von ‚Überlebenskämpfen' im Gesundheitssystem die zunehmend alle sprachtherapeutischen Berufsgruppen prägen, droht das Wissen um fachlich angemessene Therapie- und Förderkonzepte unter dem Druck des Alltagspragmatismus zu nivellieren. Eine dem Problembereich der Sprachstörungen und den davon betroffenen Menschen einzig angemessene multidimensionale Betrachtung und Behandlung des Problems wird zunehmend unter Normen- und Kostenzwängen reduziert oder nur noch ‚heimlich' praktiziert.

Eine Konsequenz der offensichtlichen Renaissance monokausaler und reduktionistischer Betrachtungen von Sprachstörungen könnte darin bestehen, dass, in der Tradition des Faches Sprachheilpädagogik stehend, der drohende Ausverkauf sprachheil**pädagogischer** Prinzipien offensiv thematisiert wird. Die Sprachheilpädagogik braucht auch in ihrer Zukunft beide Pole ihrer Erscheinung: die eher wertepädagogisch motivierte und erziehungswissenschaftliche Kriterien in den Mittelpunkt stellende Sprachheilpädagogik **und** eine sprachwissenschaftlich-fachtherapeutisch ausgerichtete Orientierung, die Kriterien des Qualitätsmanagements auf sprachtherapeutische Prozesse anwendet.

Die Sprachheilpädagogik hat lange Jahre den Weg in eine außerschulische und (gesundheits-) politische Umwelt nicht gesehen und daher nicht beschritten. Aus dieser selbstgewählten Isolation hat sie sich, bezogen auf das klinisch-therapeutische Handlungsfeld, herausbegeben.

Sie besitzt Potentiale im Bereich der anwendungsbezogenen evaluativen Forschung, ebenso wie in der Grundlagenforschung zu Methoden und zur (den) Didaktik(en) der Sprachtherapie.

Ein alltagstauglicher Theorie-Praxis-Dialog zwischen dem klinisch-therapeutischen Handlungsfeld und einer, sich konzeptionell und ‚emotional' diesem Bereich verstärkt zuwendenden universitären Disziplin Sprachheilpädagogik vermag es, zukünftig in Überwindung vergangener Konzepte einen wirklichen Paradigmenwechsel zu vollziehen: Die **Sprachheilpädagogik als Wissenschaft über die Therapie** von sprachlichen Störungen jeden Schweregrades und aller Altersbereiche zu verstehen und zu gestalten.

Literaturverzeichnis

Arentsschild, O. von: Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter – Einführung in das Tagungsthema aus medizinischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (Hrsg.): 15. Arbeits- und Fortbildungstagung in Berlin 1982. Hamburg 1983, 5-13

AOK Kreis Mettmann: Stellenanzeige. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 6, 339

Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (Hrsg.): Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Essen ^{2}1982

Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (Hrsg.): Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörunge. Essen ^{4}1988

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Thema: Theorie und Praxis der Stottererbehandlung. Hamburg 1955

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen. Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin 1958. Berlin 1958

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik 3.-6. Oktober 1960 in Hamburg. Hamburg 1960

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Landesgruppe Schleswig-Holstein): Prof. Dr. phil. Dr. med. Wegener ordentlicher Professor für Psychologie. In: Die Sprachheilarbeit 8 (1963) 4, 113

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.: Institut für Sonderschulpädagogik an der Philipps-Universität Marburg. In: Die Sprachheilarbeit 8 (1963) 4, 116

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten und das Bundessozialhilfegesetz. Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Sprachheilpädagogische und hirnpathologische Probleme bei der Rehabilitation von Hirn- und Sprachgeschädigten. Vorträge und Diskussionen der 7. Arbeitstagung vom 13.-15. Oktober 1966 in Köln. Hamburg 1967

Aschenbrenner, H. (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Heimerziehung. Wien, München: Jugend und Volk, 1982

Bader, L.: Diskussionsbeitrag. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 11. Arbeitstagung vom 25. bis 28 September 1974 in Kiel. Hamburg 1975, 31-34

Bärsch, W.: Sprachstörung und Verhaltensstörung. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 9. Arbeitstagung vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. Hamburg 1971, 131-136

Bahr, R./Lüdtke, U.: Auf ein Wort: Qualitätssicherung in der Sprachheilpädagogik: Ausverkauf des Pädagogischen? In: Die Sprachheilarbeit 44 (1999) 3, S. 133-135

Bahr, R./Lüdtke, U.: Pädagogik. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 79-113

Baumgartner, S.: Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik – ein Versuch. In: Die Sprachheilarbeit 39 (1994) 3, 140-151

Baumgartner, S.: Sprachheilende Interaktionen in der pädagogischen Moderne. In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995) 2, 126-135

Baumgartner, S.: Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die Qualitätssicherung professionellen sprachtherapeutischen Handelns. Die Sprachheilarbeit 43 (1998) 5, 243-259

Baumgartner, S./Giel, B.: Qualität und Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 274-308

Becker, K.-P.: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 24

Becker, K.-P./Braun, O.: Geschichte der Sprachheilpädagogik in Deutschland 1945 – 2000, Rimpar: von freiesleben 2000

Becker, K.-P./ Sovak, M.: Lehrbuch der Logopädie. Königstein/Ts. ²1979

Bielfeld, K.: Europäischer Binnenmarkt 1992 – Gefahren oder Chancen. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 5, 231-232

Bielfeld, K.: Kontakte mit Sprachheilpädagogen (Logopäden) in der DDR. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990a) 3, 133-134

Bielfeld, K.: Eine gesamtdeutsche dgs. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990b) 6, 283-284

Bielfeld, K.: An den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990c) 6, 323-324

Bielfeld, K.: Auf ein Wort: Gemeinsam wären wir stärker: Gedanken über die Zusammenarbeit sprachtherapeutischer Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Die Sprachheilarbeit 42 (1995) 6, 441-443

Bielfeld, K./Maihack, V.: Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes. In: Die Sprachheilarbeit 41 (1996) 4, 237-241

Bielfeld, K.: Auf ein Wort. Gibt es für die Sprachheilschule Perspektiven? In: Die Sprachheilarbeit 42 (1997) 3, 93-95

Bielfeld, K./Maihack, V.: Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes der dgs. In: Die Sprachheilarbeit 43 (1998) 4, 195-202

Biesalski, P.: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 32

Biesalski, P.: Podiumsgespräch zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 27-37

Biesalski, P.: Erwiderung zum Artikel von E. Westrich „Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie“. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 5, 156-158

Biesalski, P.: Wer ist qualifizierter? Sprache-Stimme-Gehör 6 (1982), 71-73

Biesalski, P.: 25 Jahre ZVL. In: Sprache-Stimme-Gehör 13 (1989), 153

Bleidick, U.: Zur Begriffsbestimmung der Behindertenpädagogik. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 9. Arbeitstagung vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. Hamburg 1971, 13-17

Bodammer-Gehrmann, J.: Quo vadis, Sprachheilpädagogik? Quo vadis dgs? In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 2, 53-54

Böckmann, G.: Bericht über den Fortbildungslehrgang für Volksschullehrer in der Internatsschule für Sprachgestörte in Wentdorf. Hamburg vom 17. bis 20. September 1962. Die Sprachheilarbeit 8 (1963) 1, 23-24

Böhme, G. (Hrsg.): Sprach-, Sprech und Stimmstörungen². Band 2, Stuttgart: Gustav Fischer 1983

Borbonus, T.: Kompetenz, Krankheit, Kostenträger. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989a) 4, 149-150

Borbonus, T.: Was müssen Sprachheilpädagogen noch tun? In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989b) 5, 230-231

Borbonus, T.: Gesundheitsreform-Krankenkassen-Sprachheilpädagogen. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989c) 6, 296-297

Borbonus, T.: Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Rheinland abgeschlossen. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990a) 5, 263

Borbonus, T.: Sprachheilpädagogen und Krankenkassen. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990b) 6, 321-322

Borbonus, T.: Sprachtherapeutischer Unterricht – ein Phänomen? In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Kongressbericht der XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Dresden. Würzburg 1999, 274-281

Borbonus T./Maihack, V.: Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 236-249

Brankel, O.: Sprachstörungen und ihre Behandlung im Team. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin 1958. Berlin 1958, 15-28

Brandt, A, von: Werkzeug des Historikers. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer ^{9}1980

Braun, O.: Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (Hrsg.): 15. Arbeits- und Fortbildungstagung in Berlin 1982. Hamburg 1983, 14-25

Braun, O.: Anmerkungen zur interdisziplinären Kooperation zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik anläßlich der Verabschiedung von Prof. Dr. med. Otto von Arentsschild. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 4, 203-209

Braun, O.: Der pädagogisch-therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Berlin: Spiess 1997

Braun, O.: Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer 1999

Braun, O.: Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis – Bilanz und Perspektiven. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): XXIV. Arbeits- und Fortbildungstagung in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität Berlin, Kongressbericht. Würzburg 2001

Braun, O./ Füssenich, I./Hansen, D./Homburg, G./Motsch, H.J.: Leitlinien zur spezifisch pädagogischen Förderung von Menschen mit Sprachbehinderungen. In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995) 3, 315-319

Braun,O./Homburg, G./Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. In: Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, 1-17

Braun, O./Macha-Krau, H.: Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 47-78

Breuer, U.: Stellungnahme des Zentralverbandes für Logopädie e.V. zum Artikel um Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie" von E. Westrich. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 5, 158

Breuer, U.: Logopädie im Umfeld therapeutischer Berufe. In: Gross, M. (Hrsg.): 30 Jahre Logopädie in Deutschland. Berlin: R. Gross 1994, 91-98

Breuer, U./ Wedell-Schwalbe, B.: Prinzipien logopädischer Therapie. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (Hrsg.): 15. Arbeits- und Fortbildungstagung in Berlin 1982. Hamburg 1983, 219-230

Bruner, J.S.: Wie das Kind sprechen lernt. Bern, Stuttgart: Huber 1987

Bundesanzeiger: Ausgabe Nr. 118 vom 29. Juni 2001, 13147

Chomsky, N.: Syntactic structures. Den Haag: Mouton 1957

Chomsky, N.: Aspekte der Syntax-Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1969

Dahlenburg, E.: Arbeitsmöglichkeiten für Berufsanfänger mit einem sprachheilpädagogischen Hochschulabschluß – Stellungnahme zum Ergebnis einer Umfrage – In: Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 4, 167-178

Dahlmann, E: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955, 111

Dannenbauer, F.-M.: Vom Leidensdruck des Ungenügens oder: Wer leistet die sprachtherapeutische Arbeit. In: Behindertenpädagogik in Bayern. 41. Jahrgang 1 (1998a), 46-57

Dannenbauer, F.-M.: Thesen zum Zusammenhang von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie. In: Die Sprachheilarbeit 43 (1998b) 2, 90-94

Dannenbauer, F.-M.: Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen. In: Die Sprachheilarbeit 43 (1998c) 6, 299-310

Dannenbauer, F.-M.: Eins, zwei, drei sprachgestört? Zum Problem einer begrifflichen Inflation. In: Die Sprachheilarbeit 44 (1999) 1, 1-4

Dannenberg, H.-J.: Die Eltern der Stotterer, psychische Strukturmerkmale und Dynamismen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 9. Arbeitstagung vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. Hamburg 1971, 171-176

Deutscher Bundestag: Entwurf des Logopädengesetz 1975. Bundestagsdrucksache 7/3852

Deutscher Bundestag: Entwurf des Logopädengesetz 1977. Bundestagsdrucksache 8/741

Deutscher Bundestag: Entschließungsantrag zum Logopädengesetz 1980. Bundestagsdrucksache 44/80

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik. Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Vorträge und Diskussionen der 9. Arbeitstagung vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. Hamburg 1971

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Rezension des Tagungsberichts der Vorträge und Diskussionen der 9. Arbeitstagung vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. In: Die Sprachheilarbeit 16 (1971), 125

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Behandlung, Bildung, Erziehung Sprachbehinderter. Vorträge und Berichte der 10. Arbeitstagung vom 27. bis 30. September 1972 in Heidelberg. Hamburg 1973

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin. Hamburg ²1974

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.): Stottern – Poltern. Vorträge und Diskussionen der 11. Arbeitstagung vom 25. bis 28 September 1974 in Kiel. Hamburg 1975

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Referate und Vorführungen der 12. Arbeitstagung vom 30. September bis 2. Oktober 1976 in Nürnberg. Hamburg 1977a

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.: Diskussion über das Referat von Frau Prof. Dr. Knura, Köln. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Referate und Vorführungen der 12. Arbeitstagung vom 30. September bis 2. Oktober 1976 in Nürnberg. Hamburg 1977b, 15-16

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.: Podiumsdiskussion über das Referat von Herrn Prof. Dr. Lempp, Tübingen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Referate und Vorführungen der 12. Arbeitstagung vom 30. September bis 2. Oktober 1976 in Nürnberg. Hamburg 1977c, 26

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen. Referate und Vorführungen der 13. Arbeitstagung vom 11.bis 14. Oktober 1978 in Hannover. Hamburg 1979

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Beiträge der Tagung in Saarbrücken 1980 ‚Sprache und Persönlichkeit' Erster und Zweiter Teil. Die Sprachheilarbeit 26 (1981)1 und 26 (1981) 2

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. 15. Arbeits- und Fortbildungstagung in Berlin 1982. Hamburg 1983

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Tagungsbericht der 16. Arbeits- und Fortbildungstagung in Ravensburg 1984. Hamburg 1985

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Tagungsbericht der 17. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 1.bis 4.Oktober 1986 in Düsseldorf. Hamburg 1987

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Förderung Sprachbehinderter: Modelle und Perspektiven. Tagungsbericht der 18. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 22.-24. 1988 September in Mainz. Hamburg 1989

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Tagungsberichte der 21. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 6.- 8. Oktober 1994 in Hamburg: Sprachheilpädagogik im Wandel. In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995) 1, 40 (1995) 2, 40 (1995) 3

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Kongreßbericht der 22. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 26.-28. September 1996 in Münster. Hamm 1997

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik über alle Grenzen – Sprachentwicklung in Bewegung. Kongressbericht XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Dresden. Würzburg 1999

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. XXIV. Arbeits- und Fortbildungstagung in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität Berlin, Kongressbericht. Würzburg 2001

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs): Gemeinsames Eckpunktepapier des Deutschen Berufsverbandes für Logopädie e.V. dbl und der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. dgs/AGFAS zu Ausbildung eines wissenschaftlich begründeten Heilberufs „Sprachtherapie“. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1999) 3, 176

dgs-Vorstand: Nachruf Otto von Essen, 20. Mai 1898 – 6. Februar 1983. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 2, 41-49

dgs-Nachrichten: Ankündigung des Tagungsberichts der Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. 1. bis 3. Oktober 1970 in Bremen. In: Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 4, 125-126

dgs-Nachrichten: Zusatzausbildung in Sprachbehindertenpädagogik an der Ev. Fachhochschule Hannover. In: Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 3, 97

dgs-Nachrichten: Landesgruppe Hessen. In: Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 1, 27-28

dgs-Nachrichten (Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen Westfalen-Lippe): Fortbildungstagung vom 24.-26. Juni 1976 in Bochum. In: Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 4, 128-129

dgs-Nachrichten: Ausschnitt aus den „Mitteilungen des Deutschen Städtetages“ Nr. 10 vom 17.5.1977: Sprachgestörte Kinder. In: Die Sprachheilarbeit 24 (1977) 4, 127

dgs-Nachrichten (Öffentlichkeitsarbeit): Spricht Ihr Kind wie andere Kinder? In: Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, 357

dgs-Nachrichten: Betrifft: Freiberuflich tätige Sprachheilpädagogen. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 3, 125

dgs-Nachrichten (Hauptvorstand): Im Gespräch: Sprachbehinderte und Integration. In: Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 3, 125-127

dgs-Nachrichten: Mitgliedsversammlung der Landesgruppe Rheinland. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 2, 34-38

dgs-Nachrichten: Landesgruppe Bayern: Bericht über die Herbsttagung in München. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 3, 87-93

dgs-Nachrichten: Kontakte mit Sprachheilpädagogen (Logopäden) in der DDR. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 3, 133-140

dgs-Nachrichten: Berichte der Landesgruppen. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 3, 140-160

Dirnberger, W.: Entwicklung, Stand und Neugestaltung des Sprachheilschulwesens in Deutschland. Hannover 1973

Dohse, W.: Werdegang der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): 1927-1977. 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Hamburg 1978, 4-44

Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. 1966, Quart. 44, 166-203

Dorsch, F./Häcker, H./Stapf, K. (Hrsg.): Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern, Göttingen: Hans Huber [12]1994

Doub, W.: Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 3, 136-140

Dupuis, G.: Sprachbehindertenpädagogik. In: Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 1983, 260 – 296

Dupuis, G.: Soziales Engagement und angewandte Wissenschaft auf dem Felde sonderpädagogischen Handelns. In: Bächtold, A:/Jeltsch-Schudel, B./ Schlienger, I. (Hrsg.): Sonderpädagogik: Handlung-Forschung-Wissenschaft. Berlin 1986, 113-126

Dupuis, G.: Sprachrehabilitation Erwachsener. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie Band1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: Marhold 1989, 192-209

Dupuis, G. : Stichwort Sprachtherapie. In : Dupuis, G./ Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Marhold 1992, 629-630

Dupuis, G.: Studienstätten für Sprachbehindertenpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland, Teil, 2. In: Die Sprachheilarbeit 45 (2000) 2, S. 78-79

Dupuis, G.: Ausbildung von Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten an der Universität Dortmund. In: Die Sprachheilarbeit 45 (2000) 3, 134-136

Dupuis, G./ Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Marhold 1992

Essen, O. von: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955,110-113

Essen, O. von: Die Bedeutung des phonetischen Laboratoriums für die Ausbildung der Sprachheilpädagogen. In: Die Sprachheilarbeit 5 (1960) 3, 202-205

Essen, O. von: Bemühungen der Universität um Vorbeugung und Überwindung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in

Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 65-69

Essen, O. von: Giulio Panconcelli-Calzia. In: Die Sprachheilarbeit 12 (1967) 1, 1-3

Essen, O. von/Wulff, J.: Anregung zur Gründung einer europäischen Gesellschaft für Logopädie. In: Die Sprachheilarbeit 2 (1957) 1, 29

Europarat (Teilabkommen): Empfehlungen und Entschließungen des Europarates zur Rehabilitation der Behinderten. In: Die Sprachheilarbeit 15 (1970) 5, 157

Flehinghaus, K.: Zur sonderpädagogischen Rehabilitation der Sprachbehinderten. In: Die Sprachheilarbeit 19 (1974) 5, 137-145

Flick, U.: Entzauberung der Intuition. Systematische Perspektiven-Triangulation als Strategie der Geltungsbegründungqualitativer Daten und Interpretation. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. (Hrsg.): Analyse verbaler Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag 1992, 11-55

Förster, U.: Niedersachsen – Situationsbeschreibung und Tendenzen. In: Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 4, 181-183

Fröschels, E.: Stimme und Sprache in der Heilpädagogik. Halle 1926

Fröschels, E.: Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie). Leipzig/Wien ^{3}1931

Gerrlich, V.: Rechtsgrundlagen in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 309-320

Giel, B.: Qualitätsmanagement und Sprachtherapie. In: Die Sprachheilarbeit 44 (1999) 1, 29-38

Giel, B.: Dysarthrie/Dysarthrophonie als kritisches Lebensereignis. Frankfurt, Berlin, New York: Peter Lang 2000

Gieseke, T.: AGFAS – die dgs geht neue Wege. In: dgs- Nachrichten. In: Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 6, 320-321

Gottschick, J.: Hirnpathologie, Heilpädagogik und Rehabilitation. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 7. Arbeitstagung vom 13.-15.Oktober 1966 in Köln. Hamburg 1967, 25-33

Grewel, F.: Sprachheilpädagogik, Hirnpathologie und Rehabilitation. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 7. Arbeitstagung vom 13.-15.Oktober 1966 in Köln. Hamburg 1967, 9-16

Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe 1999

Grohnfeldt. M.: Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen aus pädagogischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Referate und Vorführungen der 13. Arbeitstagung vom 11.bis 14. Oktober 1978 in Hannover. Hamburg 1979, 9-21

Grohnfeldt, M.: Zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Disziplin. In: Z. f. Heilpädagogik 32 (1981), 425-429

Grohnfeldt, M.: Behinderungsbegriff und Modellbildung in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Z. f. Heilpädagogik 33 (1982), 789-802

Grohnfeldt, M.: Überlegungen zur wissenschaftstheoretischen Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 1, 25-28

Grohnfeldt, M.: Standortanalyse und Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 4, 129-143

Grohnfeldt, M.: Problemfelder und Aufgabenbereiche der Sprachbehindertenpädagogik im Spiegel einer Meinungsumfrage. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, 157-166

Grohnfeldt, M.: Systeme der Sprachtherapie im internationalen Vergleich. In: Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 4, 179-189

Grohnfeldt, M.: Gedankengänge zur Veränderung der Sprachbehindertenpädagogik im letzten Jahrzehnt. In: Die Sprachheilarbeit 32 (1987b) 2, 86-88

Grohnfeldt, M.: Vergleichende Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie. In: Die Sprachheilarbeit 33 (1988a) 1, 4-11

Grohnfeldt, M.: Das Studium der Sprachheilpädagogik zwischen Theorie und Praxis. In: Die Sprachheilarbeit 33 (1988b) 6, 265-271

Grohnfeldt, M.: Merkmale der pädagogischen Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie Bd.1. Berlin: Spiess 1989, 13-31

Grohnfeldt, M.: Sprachbehindertenpädagogik im Wechsel der Zeiten. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990a) 1, 1-3

Grohnfeldt, M.: Fragestellungen zur schulorganisatorischen Integration sprachgestörter Schüler im Widerstreit der Meinungen. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990b) 2, 173-185

Grohnfeldt, M.: Zeitgemäße Deutungen der Sprachheilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.):

Tagungsbericht der 19. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 27.-29.09.1990 in Marburg. Staufenberg 1991, 6-17

Grohnfeldt, M.: Perspektiven in der sprachheilpädagogischen Arbeit. In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995a) 3, 217-224

Grohnfeldt, M.: Sprachheilpädagogische Förderung als interdisziplinäres Aufgabengebiet: schulische und außerschulische Handlungsfelder im Kontext. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der 22. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 26.-28. September 1996 in Münster. Hamm 1996a, 767-782

Grohnfeldt, M.: Strukturwandel der Sprachheilpädagogik in einem sich ändernden Kontext. In: Die Sprachheilarbeit 45 (2000) 3, 4-10

Grohnfeldt, M./Homburg, G./Teumer, J.: Ansatzpunkte einer veränderten Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 36 (1991b) 6, 252-269

Grohnfeldt, M./Orthmann, W.: Sprachheilpädagogik als gelebte Geschichte. Zum 85.Geburtstag von Prof. Dr. Werner Orthmann. In: Die Sprachheilarbeit 43 (1998) 6, 338-341

Grohnfeldt, M./Ritterfeld, U.: Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000b, 15-46

Grohnfeldt, M./Romonath,R.: Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart. Kohlhammer 2000c, 251-273

Grohnfeldt, M./Werner, L.: Ein Beitrag der Sprachbehindertenpädagogik im Rahmen interdisziplinärer Sprachförderung. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984)1, 1-20

Gross, M.: Logopädie und Phoniatrie – ein historischer Rückblick. In: Gross, M. (Hrsg.): 30 Jahre Logopädie in Deutschland. Berlin: R. Gross 1994, 1-19

Günther, W.: Gedanken zur Problematik der ambulanten Behandlung des Stotterers. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955, 124-128

Gutzmann, A./Gutzmann, H.: Zu unserer Methode der Stotterheilung. In: Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde. (1891) 12, 361

Gutzmann, H: Sprachheilkunde, Vorlesungen über Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Berlin 1912

Gutzmann, H. jun.: Über die Entwicklung der Ambulatorien für Stimm- und Sprachkranke in Berlin. Die Sprachheilarbeit 2 (1957) 1, 20-21

Gutzmann, H. jun.: Zur Frage der Verantwortung im Team. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin. Berlin 1958, 11-14

Gutzmann, H. jun.: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 33

Gundermann, H.: Über die Eigenständigkeit der Sprachsonderpädagogik. (Gedanken eines Phoniaters zum Beitrag von Arno Schulze. In: Die Sprachheilarbeit 13 (1968) 4, 241-245

Haas: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 112

Hacker, D.: Phonologie. In: Baumgartner, St./Füssenich, I. (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München: Reinhardt ^{4}1999, 13-62

Hahn, K.H.: Außerordentliche Hauptvorstandssitzung. In: Die Sprachheilarbeit 24 (1979) 4, 162

Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule. Halle 1929

Hartlieb, K.: Praktikum der Stimm- und Sprachheilkunde aus biokybernetische Sicht. München 1969

Hauschild, H.: Das Sprachheilwesen in Hamburg zur Zeit des Nationalsozialismus. In: Die Sprachheilarbeit 45 (2000) 2, 116-124

Heese, G.: Der Zeitfaktor in der Stottertherapie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 4 (1964)

Heidrich, C.: Die Persönlichkeit des Therapeuten. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955, 68-71

Heinemann, M.: Erwartungen des Phoniaters an den Sprachheilpädagogen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der 22. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 26.-28. September 1996 in Münster. Hamm 1997, 977-982

Heinrichs, G.: 20 Jahre Landesgruppe Rheinland. In: Die Sprachheilarbeit 26 (1980) 6, 237

Heinrichs, G.: Fortschreibung der Heilmittelrichtlinien Abschnitt E. In: Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 3, 153

Hindenburg, O.-F. von: Ständiger Ausschuß für Berufsfragen. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 2, 82

Hindenburg, O.-F. von: Ständiger Ausschuß für Berufsfragen. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984a) 1, 36

Hindenburg, O.-F. von: Ständiger Ausschuß für Berufsfragen. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984b) 6, 298-299

Hötsch, B./Holtz, A.: Aspekte einer Kritik der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 4, 217-230

Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. (Hrsg.): Analyse verbaler Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag 1992

Hollwedel, A.: Von der Sprachheilfürsorge bis zur Eingliederungshilfe für Sprachbehinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 13-17

Holtz, A.: Themen, Thesen, Theorien in der Sprachbehindertendidaktik. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 2, 69-78

Holtz, A.: Über Kontinuität und Diskontinuität in der Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 2, 45-54

Holtz, A.: Der Lehrer als Therapeut – Probleme und praktische Perspektiven im Selbstverständnis des Sprachbehindertenpädagogen. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Das Selbstverständnis des Therapeuten im Kommunikationsprozess. Stuttgart; New York 1988, 41-60

Holtz, A.: Die Handlungstheorie als Grundlage sprachlicher Entwicklungsförderung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie Band 1.Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: Marhold 1989b, 96-112

Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten. Grundlegende Überlegungen. Rheinstetten: Schindele 1978

Homburg, G.: Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) In: Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 2, 75-80

Homburg, G.: Zukunftsperspektiven in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Tagungsbericht der 18. Arbeitsund Fortbildungstagung vom 22.-24. 1988 September in Mainz. Hamburg 1989, 225-253

Homburg, G.: Aus der Arbeit des Hauptverstandes der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 6, 295-296

Homburg, G.: 1966 – 1999 Sprachheilpädagogik im Rückblick. Vortrag am 28. Januar 1999 in der Staatlichen Internatsschule Wentorf aus Anlaß der Verabschiedung von Harald Schmalfeldt aus dem Schuldienst. Unveröffentlichtes Redemanuskript, Bremen 1999

Iven, C./Felten, I.: Leserinnenbrief. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 1, 47

Jantzen, W.: Zur begrifflichen Fassung von Behinderung aus der Sicht des historischen und dialektischen Materialismus. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 27 (1976) 7, 428-436

Jürgensen, H.: Bericht über Arbeitsversammlung der Ortsgruppe Hamburg am 18. Januar 1956. In: Die Sprachheilarbeit 1 (1956) 1, 21-22

Jürgensen, H.: Bericht über den 11. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie in London vom 17.-22.8.1959. In: Die Sprachheilarbeit 5 (1960) 1, 161-162

Jussen, H.: Der sprachwissenschaftliche Aspekt in der Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 9 (1964) 3, 195-209

Jussen, H.: Podiumsgespräch zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 27-37

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Gesetze, Satzungen, Verträge. Stand 1. Oktober 1984 – Band 1, XI/83 – 2/41, 1-9 und VII/82 – 2/41, 19-21

Kerkhoff, W.: Stichwort: Klinischer Unterricht. In: Dupuis, G./ Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Marhold 1992, 351-352

Kleinert-Molitor, B.: Ein „Sprachheilarbeiter“ geht... In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 5, 227-229

Kleinert-Molitor, B.: Das Spielgeschehen als Sprachlernort – Psychomotorisch orientierte Sprachentwicklungsförderung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie Band1. Berlin: Spiess 1989, 222-251

Knebel, U. von: Kindliche Aussprachestörung als Konstruktion: Eine historische Analyse mit pädagogischer Perspektive. Münster: Waxmann 2000

Knebel von, U./Kracht, A./Nagel, R./Welling, A.: „Leitlinien“ der Sprachbehindertenpädagogik? Von den Mühen einer gerechten Interpretation der „spezifisch pädagogischen Förderung von Menschen mit Sprachbehinderungen“ In: Die Sprachheilarbeit 41 (1996) 2, S. 42-56

Knura, G.: Möglichkeiten und Grenzen schulischer Integration sprachbehinderter Kinder. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Berichte der 10. Arbeitstagung vom 27. bis 30. September 1972 in Heidelberg. Hamburg 1973, 7-15

Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Gutachten und Studien der Bildungskomission. Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974

Knura, G.: Die Sprachentwicklungsstörungen und ihre Diagnostik unter pädagogischem Aspekt. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Referate und Vorführungen der 12. Arbeitstagung vom 30. September bis 2. Oktober 1976 in Nürnberg. Hamburg 1977, 5-16

Knura, G.: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, G./Neumann, B.(Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7, Berlin: Marhold 1982, 3-64

Knura, G./Neumann, B.(Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7, Berlin: Marhold ^{2}1982

Kolibius, W.: Team-Arbeit in der Sprachgeschädigtenfürsorge des Landschaftsverbandes Rheinland. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin. Berlin 1958, 51-53

Kolibius, W.: Die Rehabilitation Sprachgeschädigter aufgezeigt an Maßnahmen und Einrichtungen im Bereiche des Landschaftsverbandes Rheinland. In: Die Sprachheilarbeit 17 (1972) 6, 181-202

Kolonko, B./Krämer, I.: Heilen - Separieren - Brauchbar machen. Aspekte zur Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. Pfaffenweiler: Centaurus 1992

Krüger, H.-H.: Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Opladen: Leske + Budrich ^{2}1999

Krüger, S.: Der dbl wächst weiter: 7000tes Mitglied im April. In: Forum Logopädie 4 (2000), 35

Kron, F.W.: Grundwissen Pädagogik. München, Basel: Reinhardt ^{4}1994

Kron, F.W.: Wissenschaftstheorie für Pädagogen. München, Basel: Reinhardt 1999

Lakies, H./Lakies, G.: Zur Situation freiberuflich tätiger Sprachheilpädagogen. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 2, 79-81

Lamnek, G.: Qualitative Sozialforschung. Bd. 2, München: 1989

Landahl, H.: Begrüßung. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik 3.-6-Oktober 1960 in Hamburg. Hamburg 1960, 8-11

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Mitteilungen des Landtages Nordrhein-Westfalen, Drucksache 7/4689 vom 21. Januar 1975. Düsseldorf 1975

Leischner, A.: Aphasiefragen unter Berücksichtigung sprachheilpädagogischer Aspekte. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 7. Arbeitstagung vom 13.-15.Oktober 1966 in Köln. Hamburg 1967, 17-24

Leites, E.: Das Berufsbild des Sprachheilpädagogen. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10. Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 90-95

Leites, E.: Bericht über den 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie. In: Die Sprachheilarbeit 9 (1964) 2, 229-237

Leites, E.: Berichtigung (des Bericht über den 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie). In: Die Sprachheilarbeit 9 (1964) 3, 268

Leites, E.: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 11. Arbeitstagung vom 25. bis 28 September 1974 in Kiel. Hamburg 1975, 31-34

Leites, K.: Sprach- und Stimmstörungen im sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO). In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10. Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 96-100

Leites, K./Leites, E.: Johannes Wulff 60 Jahre. In: Die Sprachheilarbeit 7 (1962) 2, 161-163

Leites, K./Leites, E.: Sprachheilpädagogisch-medizinische Gemeinschaftsarbeit. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Berichte der 10. Arbeitstagung vom 27. bis 30. September 1972 in Heidelberg. Hamburg 1973, 74-76

Lettmeyer, O.: Die therapeutische Aufgabe und die Stellung des Logopäden im Team. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin. Berlin 1958, 30-32

Loebell, E.: Die Aufgaben des Landesarztes bei der Rehabilitation der Sprachgeschädigten. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 27-32

Loebell, E.: Podiumsgespräch zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 27-37

Lüking, P.: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung. Der B-Streifen. In: Die Sprachheilarbeit 2 (1957) 1, 1-12

Lüking. P.: „Das didaktische Verfahren im Therapieplan bei der Behandlung stotternder Kinder" In: Die Sprachheilarbeit 3 (1958) 3, 63-70

Macha-Krau, H.: Die Entwicklung der Logopädie. In: Forum Logopädie (1993) 4, 11-15

Macha-Krau, H.: Die Entwicklung der Logopädie. Teil II. In: Forum Logopädie (1994) 2,14-18

Macha-Krau, H.: Die Entwicklung der Logopädie. Teil III. In: Forum Logopädie (1995) 1, 11-13

Macha-Krau, H.: Logopädie im Umbruchprozess. Ein historischer Überblick. In: Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz – Plädoyer für eine Hochschulausbildung. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., Idstein: Schulz-Kirchner 1999, 34-36

Macha-Krau, H.: Logopädie im Dritten Reich. In: Forum Logopädie (2000) 4, 23-27

Maihack, V.: Aufruf zur Gründung einer Arbeitsgemeinschaft der freiberuflich und angestellt tätigen Sprachheilpädagogen (AGFAS). In: Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 6, 322-323

Maihack, V.: Sprachtherapie und Sprachheilschule – ein unzeitgemäßer Luxus? In: Die Sprachheilarbeit 38 (1993) 1, 1-3

Maihack, V.: Sprachtherapie zwischen Spezifität und Interdisziplinarität. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Kongreßbericht XXII. Arbeits- und Fortbildungstagung, Münster 1996, 1003-1006

Maihack, V.: Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik oder: Vom Unsinn des Theorie-Praxis-Gegensatzes für die Therapie. In: Die Sprachheilarbeit 43 (1998) 6, 326-33

Maihack, V.: Ein halbes Jahr dbs... der Blick nach vorn. In: Die Sprachheilarbeit 44 (1999) 3, 171

Maihack, V.: Qualitätsmanagement in der Praxis – nutzen die Kosten? In: Homburg/Iven/ Maihack (Hrsg.): Sprachtherapie aktuell. Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie – Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn? Köln: PROLOG 2000, 102-111

Maihack, V.: Qualitätssicherung in der Sprachtherapie – eine Aufforderung an Theorie und Therapie. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): XXIV. Arbeits- und Fortbildungstagung in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität Berlin, Kongressbericht. Würzburg 2001, 348-355

Manig, H.: Kann der Sprachheilpädagoge dem Stotterer helfen? In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955, 120-124

Marx, K.: In: Karl Marx-Friedrich Engels-Werke, Gesamtausgabe, Bd. 25, Berlin: Dietz 1975

Maschka, F: Otto Lettmeyer zum 65. Geburtstag und zum Übertritt in den Ruhestand. In: Die Sprachheilarbeit 9 (1964) 4, 261

Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studienverlag ^{4}1993

Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundfragen und Techniken. Weinheim: Beltz ^{6}1997

Mayring, Ph.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz ^{3}1996.

Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde: Ausschreibung: Lehrkursus über Sprachstörungen für Aerzte und Lehrer. (1891) 11, 360

Michels, J.: Sprachheilzentrum – Sprachheilschule – Sprachheilanbulanz. Über-blicksartige Darstellung über Schwerpunkte der institutionellen Betreuung sprachgeschädigter Kinder. In: Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, 352-355

Mosebach, R.: Außerordentliche Hauptvorstandssitzung. In: Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 3, 112

Mosebach, R.: Außerordentliche Hauptvorstandssitzung. In: Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, 298-299

Mosebach, R.: Aus der Arbeit des Hauptvorstandes (HV) der dgs. In: Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 1, 34

Motsch, H.-J.: Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 48 (1979), 329-338

Motsch, H.-J.: ‚Pädagogische Logopädie' in der Schweiz. In: Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 5, 213-221

Niemand: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. Hamburg 1955, 110-113

Orthmann, W.. In memoriam Dr. phil. habil. Hans Krech. In: Die Sprachheilarbeit 6 (1961) 2, 33-34

Orthmann, W.: Erwartungen und Enttäuschungen in der Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 10 (1965) 3, 65-82

Orthmann, W.: Sinn und System im Sprachgeschädigtenwesen - Organisatorische Grundsatzbesinnung. In: Z. f. Heilpädagogik 19 (1968) 3, 137-148

Orthmann, W.: Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik; Diskussionsbeitrag. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969a, 13-26; 37

Orthmann, W.: Über die Eigenständigkeit der Sprachsonderpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969b) 1, 1-4

Orthmann, W.: Zur Nomenklatur der Sprechstörungen. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969c) 6, 169-175

Orthmann, W.: Beziehungen zwischen Sprecherziehung und Sondererziehung für Sprachbehinderte. In: Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 4, 97-101

Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 2, 37-49

Orthmann, W.: Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, G./Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7. Berlin: Marhold, ²1982 67-91

Panconcelli-Calcia, G.: Zur Geschichte der Phonetik. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik 3.-6-Oktober 1960 in Hamburg. Hamburg 1960, 15-21

Pinker, St.: The Language Instinct. New York: William MorrowHarmondsworth 1994

Preuss, A.: Diskussionsbeitrag. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 11. Arbeitstagung vom 25. bis 28 September 1974 in Kiel. Hamburg 1975, 55-56

Ptok, M.: Medizin. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer 2000, 169-183

Radtke, J.: Effektivität in der ambulanten Sprachbehandlung. In: Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 2, 33-40

Raps, W.: Gesetz über den Beruf des Logopäden - Kommentar. Bonn: Rehabilitationsverlag 1980

Ritterfeld, U.: Wer ist qualifizierter? Leserbrief. In: Sprache-Stimme-Gehör 7 (1983), 46

Rodenwaldt, H./Wilhelm, A.: Zur Förderung Sprachbehinderter im Rahmen einer freien Praxis. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Tagungsbericht der 18. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 22.-24. 1988 September in Mainz. Hamburg 1989, 355-368

Romonath, R.: Vergleichende Sprachheilpädagogik - die Entwicklung der Sprech- und Sprachpathologie in den USA. In: Die Sprachheilarbeit 46 (2001a) 1, 4-13

Romonath, R.: Schule als Sprachlernort – Sprachstörungen als Lernschwierigkeiten. In: Die Sprachheilarbeit 46 (2001b) 3, 155-163

Rothe, K.C.: Die Umerziehung. HALLE (a.S.): Sterr Schulbücherverlag 1929

Runge, W.: Kostentragungspflicht für Sprachheilbehandlung. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 1, 30-35

Schaudienst, R.: Das Bundessozialhilfegesetz in seiner Bedeutung für die Sprachgeschädigten. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 7-12

Schindler A./Maihack V.: Qualitätssicherung in der Sprachtherapie am Beispiel einer sprachtherapeutischen Praxis. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Kongressbericht XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Dresden. Würzburg 1999, 340-348

Schmähl/Dohrmann/Wulff/Hennig: Entschließung zum Ausbau des Sprachheilwesens. In: Die Sprachheilarbeit 1 (1956) 1, 21

Schönweiler, R./Ptok, M.: Phoniatrie und Pädaudiologie. Erkrankungen von Sprache, Stimme und Gehör. Medizinische Hochschule Hannover ^{2}2000

Scholz, H.: Sprachheilarbeit und Bundes-Sozialhilfe-Gesetz. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969) 1, 12-15

Scholz, H.-J.: Zur Phonologie gestammelter Sprache. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969) 1, 4-11

Scholz, H.-J.: Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung. In: Die Sprachheilarbeit 15 (1970) 4, 97-103

Scholz, H.-J.: Normbegriffe und Begriffsnormierung in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Sprach- und Sprechnormen – Verhalten und Abweichung. Tagungsbericht Inzigkofen 1974. Heidelberg 1974, 43-53

Schultheis, J.: Zum Begriff Eigenständigkeit als einer möglichen ‚Grundkategorie' für die Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969a) 3, 69-8

Schultheis, J.: Zum Begriff Eigenständigkeit als einer möglichen ‚Grundkategorie' für die Sprachbehindertenpädagogik. Schluß. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969b) 4,123 - 133

Schulze, A.: Zur Nachkriegsentwicklung des Berliner Sprachheilwesens. In: Die Sprachheilarbeit 3 (1958) 3, 58-62

Schulze, A. (für die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Sitzung des erweiterten Vorstandes. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1959) 4, 124

Schulze, A.: Gedanken und Hinweise zu den Grundlagen und Methoden der fachpädagogischen Betreuung sprachgestörter Kinder. In: Die Sprachheilarbeit 5 (1960) 6, 249-262

Schulze, A.: Über die Eigenständigkeit der Sprachsonderpädagogik und die schulische und berufliche Eingliederung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher. In: Die Sprachheilarbeit 13 (1968) 3, 201-207

Schulze, A: Podiumsgespräch zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 27-37

Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 1983

Sovák, M.: Randbemerkungen zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Tagungsbericht der 16. Arbeits- und Fortbildungstagung in Ravensburg 1984. Hamburg 1985, 338-355

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20. Dezember 1988, Bundesgesetzblatt I S. 2477

Spiecker-Henke, M.: Rehabilitationsangleichungsgesetz und Kassensituation. In: Zentral Verband für Logopädie. Mitteilungen, Dezember 1974

Stachowiak, F.J.: Kaspar Hauser im Lichte widerstreitender Theorien des Spracherwerbs. Sprachheilpädagogische Überlegungen. In: XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Dresden. Würzburg 1999, 15-31

Staps, H.: Probleme und Grenzen der Sprachkrankenschule in der Stottererbehandlung. In: Die Sprachheilarbeit 6 (1961) 3, 97-104

Steinig, K.: Ambulanz sprachkranker Kinder in Westfalen-Lippe. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. Hamburg 1955, 107-110

Steinig, K.: Stellungnahme zu den Organisationsformen im Sprachheilwesen. In: Die Sprachheilarbeit 3 (1957) 1, 17-18

Steinig, K.: Zur Frage der Rehabilitation Sprachgeschädigter. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1958) 3, 71-74

Straßburg, H.-M.: Zentrale Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern aus Sicht des Neuropädiaters. In: Die Sprachheilarbeit 45 (2000) 2, 100-107

Strauch, T.: Europäischer Binnenmarkt 1992 – Gefahren oder Chancen. In: Sprache-Stimme- Gehör 1989, VI-VIII

Stürzbecher, M.: Die Familie Gutzmann, die Berliner Universitäten und die Entwicklung der Stimm- und Sprachheilkunde. In: Gross, M. (Hrsg.): 30 Jahre Logopädie in Deutschland. Berlin: R. Gross 1994, 20-57

Tenorth, H.-E.: Lehrerberuf vs. Dilletantismus. In: Luhmann, N./Schorr, K.E.(Hrsg.): Zwischen Intransparenz und Verstehen. Frankfurt a.M. 1986, 275-321

Teumer, J.: Zur Struktur der Sonderschule für Sprachbehinderte. In: Die Sprachheilarbeit 17 (1972) 1, 1-12

Teumer, J.: Ablehnung der Kostenübernahme durch Krankenkassen. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 3, 96-97

Teumer, J.: 80 Jahre Sprachheilklassen in Hamburg – Entwicklungslinien schulischer Maßnahmen für Behinderte in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. – In: Die Sprachheilarbeit 38 (1993a) 1, 4-13

Teumer, J.: Die „verschwiegene“ Zeit. In: Die Sprachheilarbeit 38 (1993b) 6, 277-278

Teumer, J.: Erschließung eines Fotos. In: Die Sprachheilarbeit 39 (1994a) 5, 277-279

Teumer, J.: Der Weg zur akademischen Ausbildung von Sprachheillehrern in Hamburg – ein historischer Exkurs. In: Die Sprachheilarbeit 39 (1994b) 6, 370-376

Teumer, J.: Die Anfänge des Sprachheilwesens in Hamburg – wirklich nur eine Erfolgs-story? In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995a) 2, 149-164

Teumer, J.: Studium und Ausbildung von Sprachheilpädagogen – oder: Reflexionen über einen problematischen Fortschritt. In: Die Sprachheilarbeit 40 (1995b) 3, 308-314

Thorwarth, H.: dgs-Nachrichten: Landesgruppe Hamburg. In: Die Sprachheilarbeit 15 (1970) 1, 63-64

Thorwarth, H./Wiechmann, J.: Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Hamburg ^{3}1970

Tigges-Zuzok, C.: Zur Benachteiligung der Sprachheilpädagogen gegenüber Logopäden bei der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 4, 127

Trieglaff, E.: Die Stotterbehandlung in der Sprachheilschule. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Haupt-versammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 53-57

Viemann, H.-P.: Modell der ambulanten, kursmäßigen Betreuung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher im Landkreis Bergstraße/Hessen. In: Die Sprachheilarbeit 17 (1972) 6, 184-191

Wallrabenstein, F.: Diskussionsbeitrag. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1.Hauptversammlung der Arbeitsge-meinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 25

Wallrabenstein, F.: 15 Jahre Sprachheilfürsorge in Westfalen-Lippe. In: Arbeitsgemein-schaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Dis-kussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965

Watzlawick, P.: Wie wirklich ist die Wirklichkeit. München, Zürich: Piper 1976

Wegener, K.: Marburger Impressionen. In: Die Sprachheilarbeit 9 (1964) 4, 264-266

Welling, A.: Pädagogische Sprachheilarbeit und interdisziplinäres Denken – ein allgemeiner Impuls. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der 22. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 26.-28. September 1996 in Münster. Hamm 1997a, 75-87

Welling, A.: Sprachtherapie in freiberuflicher und schulischer Praxis – ein schmaler Pfad zwischen Politik, Medizin und Pädagogik. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der 22. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 26.-28. September 1996 in Münster. Hamm 1997b, 983-1001

Weniger, E.: Theorie und Praxis der Erziehung (1929). In: Weniger, E.: Ausgewählte Schriften zur geisteswissenschaftlichen Pädagogik. Weinheim/Basel 1990, 29-40

Werner, L.: Ständige Dozentenkonferenz. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 2, 61

Westrich, E.: Stottern oder Stotterer – Konsequenzen für die Therapie. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 11. Arbeitstagung vom 25. bis 28 September 1974 in Kiel. Hamburg 1975, 23-34

Westrich, E.: Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 3, 75-86

Westrich, E.: Sprachbehinderung und Sprachbehinderter. In: Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 1, 27-31

Westrich, E.: Zur Bedeutung der Sprachtherapie. In: Gieseke, T. (Hrsg.): Integrative Sprachtherapie: Tendenzen und Veränderungen in der Sprachheilpädagogik; Festschrift für Prof. Otto Braun zum 60. Geburtstag. Berlin 1995, 123-149

Wiechmann, J.: Der heutige Stand der Sprachheileinrichtungen und ihr notwendiger Ausbau. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 6. Arbeitstagung vom 8.-10.Oktober 1964 in Marburg an der Lahn. Hamburg 1965, 18-26

Wiechmann, J.: Schlusswort des 1. Vorsitzenden. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 157

Wiechmann, J.: Die Empfehlung der Bildungskommission zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. In: Die Sprachheilarbeit 19 (1974) 2, 62-64

Wiechmann, J.: Nachruf auf Johannes Wulff. In: Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 1, 1-4

Willker, W.: In Marburg wurde einiges anders. Eindrücke von der Delegiertenversammlung 1990. In: Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 6, 320-321

Wulff, H.: Pädagogische und sonderpädagogische Aufgaben und Maßnahmen des Heimes für sprachbehinderte Vorschulkinder. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Referate und Vorführungen der 12. Arbeitstagung vom 30. September bis 2. Oktober 1976 in Nürnberg. Hamburg 1977, 227-231

Wulff, J.: Fragen zur äußeren und inneren Umgestaltung der Stotterertherapie in der Sprachkrankenschule. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. vom 3.bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 9-25

Wulff, J.: Sprachheileinrichtungen in der Bundesrepublik und Westberlin. In: Die Sprachheilarbeit 1 (1956a) 1, 15-19

Wulff, J.: Rückblick und Ausblick. Die Sprachheilarbeit 1 (1956b) 1, 19-20

Wulff, J.: Sprachheileinrichtungen in der Bundesrepublik und Westberlin. Die Sprachheilarbeit 1 (1956c) 2/3, 57-59

Wulff, J.: Organisatorische und sprachheilpädagogische Maßnahmen für die Früherfassung und Frühbetreuung sprachgeschädigter Kinder. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Kongreßbericht der Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik 3.- 6. Oktober 1960 in Hamburg. Hamburg 1960, 141-155

Wulff, J. (für die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.: erweiterter Vorstand): Empfehlung zur Ausbildung von Sprachheilpädagogen. In: Die Sprachheilarbeit 7 (1962) 1, 153

Wulff, J.: Ehrenvolle Berufung. In: Die Sprachheilarbeit 10(1965) 3, 87

Wulff, J.: Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, ihr Beitrag zur Einleitung und ihr Auftrag zur Fortführung der Rehabilitation Sprach- und Stimmgeschädigter. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 7. Arbeitstagung vom 13.-15.Oktober 1966 in Köln. Hamburg 1967, 117-124

Wulff, J.: Begrüßungen und Ehrungen. In: : Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 5-7

Wulff, J.: Podiumsgespräch zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Vorträge und Diskussionen der 8. Arbeitstagung vom 10. – 12. Oktober 1968 in München. Hamburg 1969, 27-37

Zimmer, D.E.: Tiefenschwindel. Die endlose und beendbare Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1986

Zimmer, D.E.: Wie kommt der Mensch zur Sprache. Über Spracherwerb, Sprachentstehung, Sprache & Denken. Zürich: Haffmans 1988

Zuckrigl, A.: Organisationsformen des Sprachheilwesens. In: Knura, G./Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7. Berlin: Marhold ^{2}1982, 95-121

Zürneck, E.: Diskussionsbeitrag. In Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e.V. vom 3. bis 5. März 1955 in Hamburg. Hamburg 1955, 52

Zürneck, E.: Team-Arbeit bei der Behandlung aphasischer Störungen. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. (Hrsg.): Vorträge der 3. Arbeitstagung vom 2. bis 4. Oktober in Berlin. Berlin 1958, 54-56

Abkürzungsverzeichnis

AGFAS	Arbeitsgemeinschaft der Freiberuflichen und Angestellten Sprachheilpädagogen
AHB	Anschlußheilbehandlung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
bds	Berufsverband diplomierter Sprachheilpädagogen
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L'Union Européenne
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie
dgs	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
NSLB	Nationalsozialistischer Lehrerbund
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
RVO	Reichsversicherungsordnung
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen
ZVL	Zentralverband für Logopädie